# Когнитивная терапия

## Полное руководство

Джудит С. Бек







Предисловие Аарона Т. Бека

# Когнитивная терапия: полное руководство

"Цель этой книги, написанной д-ром Джудит Бек, представителем нового поколения когнитивных терапевтов (которой довелось, будучи подростком, выслушивать мои многочисленные рассуждения на любимую тему), — предоставить четкое основание для практики когнитивной терапии. Несмотря на широкие возможности применения когнитивной терапии, в ее основе лежат одни и те же фундаментальные принципы, о которых и пойдет речь в данной работе — базовом руководстве для когнитивных терапевтов".

из "Предисловия" Аарона Т. Бека

"Удивительно подробное и четкое изложение принципов когнитивной терапии Аарона Бека, доработанной его дочерью и другими коллегами. Эта книга — авторитетное и полное руководство, в котором в творческой манере представлены основы когнитивной терапии".

Альберт Эллис, д-р психологии

"Работа Джудит Бек будет полезна как терапевтам, стремящимся разобраться в теории и практике когнитивной терапии, так и преподавателям и супервизорам. Зачастую термин когнитивная терапия применяют при каждой попытке помощи людям более реалистично толковать окружающий мир. Но когнитивная терапия гораздо сложнее и идея ее гораздо изящнее, нежели прямой призыв прекратить думать неправильно. Эта содержательная книга, написанная простым языком, поможет читателям разобраться в сути когнитивной терапии и ее практическом применении. С нетерпением жду возможности представить ее моим студентам".

Джеральд С. Дависон, д-р психологии

## ОБ АВТОРЕ

**Джудит С. Бек**, доктор психологии, директор Института когнитивной терапии и исследований Аарона Бека, расположенного в пригороде Филадельфии, занимает также должность клинического ассистента профессора психологии и психиатрии в Университете штата Пенсильвания. На протяжении десяти лет Джудит занимается обучением когнитивных терапевтов, а также супервизией. Кроме того, она признанный лектор, организовавший множество рабочих групп и семинаров как национального, так и международного масштаба по вопросам применения когнитивной терапии в лечении депрессивных, тревожных, панических и биполярных расстройств, расстройств личности и нарушений межличностных отношений, а также предупреждения рецидива расстройства после завершения терапии.

ISBN 5-8459-1053-6




ВИЛЬЯМС
www.williamspublishing.com

THE GUILFORD PRESS
72 Spring Street
New York, NY 10012

Cognitive Therapy:
Basics and Beyond
Judith S. Beck, Ph.D.
*Foreword by* Aaron T. Beck, M.D.
THE GUILFORD PRESS
New York London
Когнитивная терапия
Полное руководство
Джудит Бек, д-р философии
Предисловие Аарона Бека, д-ра медицины
Москва • Санкт-Петербург • Киев
ББК (Ю)88.4
Б42
УДК 616.89
Издательский дом "Вильямс"
Зав. редакцией *Н.М. Макарова*
Перевод с английского и редакция *Е.Л. Черненко*
Научный консультант канд. психол. наук *Э.В. Крайников*
По общим вопросам обращайтесь в Издательский дом "Вильямс" по адресам:
info@williamspublishing.com, http://www.williamspublishing.com
115419, Москва, а/я 783; 03150, Киев, а/я 152
Бек, Джудит С.
Б42 Когнитивная терапия: полное руководство: Пер. с англ. - М.: ООО "И.Д. Вильямс", 2006. - 400 с.: ил. - Парал. тит. англ.
ISBN 5-8459-1053-6 (рус.)

Книга *Когнитивная терапия: полное руководство* представляет собой итог многолетней исследовательской и клинической практики автора. В этом полном руководстве рассматриваются основные концепции когнитивной психотерапии и показания к ее проведению. Излагаются основные методы терапевтического процесса, определяется их место в коррекции различных когнитивных искажений пациентов и лечении психологических расстройств. Приводятся теоретическое обоснование и пошаговое описание отдельных техник когнитивной терапии. Книга богато иллюстрирована клиническими примерами. Отдельная глава посвящена роли личности психотерапевта в практике психотерапии. *Когнитивная терапия*

адресована психологам и психотерапевтам, придерживающимся когнитивно - поведенческой традиции, специалистам других направлений, стремящимся расширить границы профессионального знания, учащимся психологических факультетов высших учебных заведений.

**ББК (Ю) 88.4**



ISBN 5-8459-1053-6 (рус.) © Издательский дои «Вильямс», 2006

ISBN 0-8986-2847-4 (англ.) © The Guilford Press, 1995

*Моему отцу, Аарону Т. Беку, д-ру медицины*

# ПРЕДИСЛОВИЕ

«Какова цель этой книги?» - естественный вопрос, который задает себе читатель любой книги по психотерапии, и именно об этом следует поговорить в предисловии. Чтобы ответить на этот вопрос будущим читателям книги д-ра Джудит Бек *Когнитивная психотерапия: полное руководство,* мне необходимо вернуться назад, к истокам когнитивной терапии и ее последующему развитию.

Когда я впервые начал лечить пациентов с помощью набора терапевтических техник, который впоследствии назвал "когнитивной терапией", я и не подозревал, куда этот подход - так сильно отличавшийся от знакомого мне психоаналитического - меня приведет. Основываясь на своих клинических наблюдениях: и результатах некоторых системных клинических исследований и экспериментов, я предположил, что в основе таких психиатрических нарушений, как депрессия и тревожность, лежит расстройство мышления. Речь идет о систематических искажениях интерпретаций пациентом своего жизненного опыта. Обратив внимание пациента на эти искажения и предложив ему альтернативы - то есть более вероятные объяснения травмирующих его ситуаций, - я обнаружил, что таким образом добиваюсь почти немедленного ослабления симптомов расстройства. Для предупреждения рецидивов я обучал пациентов применению этих когнитивных навыков в повседневной жизни. Оказалось, что решение актуальных проблем пациента в плоскости "здесь и сейчас" приводит к почти полному избавлению от симптомов в течение 10-14 недель. Дальнейшие клинические исследования, проведенные моей исследовательской группой и другими клиницистами, подтвердили эффективность когнитивной терапии в лечении депрессивных, треножных и панических расстройств.

К середине 1980-х годов я уже мог утверждать, что когнитивная терапия достигла статуса "системы психотерапии". Ее составляли:

• теория личности и психопатология, основные постулаты которой были подтверждены эмпирически;

• модель психотерапии с набором принципов и стратегий, разработанным на основе теории психопатологии;

• убедительные эмпирические находки, основанные на результатах клинических исследований, подтверждающих эффективность этого подхода.

Со времени зарождения когнитивной терапии новое поколение терапевтов / следователей / преподавателей провело ряд базовых исследований концептуальной модели психопатологии и прикладной когнитивной психотерапии относительно более широкого спектра психиатрических расстройств. Благодаря систематическим исследованиям были открыты базовые когнитивные определения личности и психиатрических расстройств, выработаны принципы идиосинкразической обработки и получения информации по этим расстройствам, а также изучена взаимосвязь когнитивной уязвимости и подверженности стрессу.

Применение когнитивной терапии к множеству психологических, психиатрических и соматических расстройств выходит далеко за пределы, которые я мог вообразить, когда лечил с помощью когнитивной терапии первых пациентов, страдающих депрессией и тревожностью. Исходя из результатов исследований, проведенных по всему миру, но особенно в США, достоверно установлено, что когнитивная терапия эффективна в лечении чрезвычайно широкого спектра заболеваний - от посттравматического стрессового расстройства до обсессивно-компульсивного расстройства, от фобий всех видов до расстройств приёма пищи. В сочетании с приемом медикаментов когнитивная терапия полезна в лечении биполярного аффективного расстройства и шизофрении. Также выяснилось, что применение когнитивной терапии дает успешные результаты в лечении ряда хронических соматических состояний, таких как боль пояснице, колит, гипертония и синдром хронической усталости.

При таких широких возможностях применения когнитивной терапии, как страстно увлеченный терапевт может обучиться главным ее принципам? Хочу ответить словами Алисы из Страны чудес: "Начните с самого начала" и вернуться к вопросу, заявленному в начале данного предисловия. Цель этой книги, написанной д-ром Джудит Бек, представителем нового поколения когнитивных терапевтов (которой довелось, будучи подростком, выслушивать и многочисленные рассуждения на любимую тему), - предоставить четкое основание для практики когнитивной терапии. Несмотря на

широкие возможности применения когнитивной терапии, в ее основе лежат одни и те же фундаментальные принципы, о которых и пойдет речь в данной работе - базовом руководстве для когнитивных терапевтов. (Другие работы, автором некоторых

являюсь я, проведут когнитивного терапевта через лабиринт каждого из конкретных расстройств.)

Я надеюсь, что даже опытные когнитивные терапевты найдут эту книгу весьма полезной для совершенствования навыков концептуализации, расширения набора терапевтических техник, обучения более эффективному планированию лечения и устранению трудностей, возникающих в ходе терапии.

Конечно, ни одна книга по когнитивной терапии не заменит супервизии, которую можно получить у квалифицированных когнитивных терапевтов (см. приложение Г).

Д-р Джудит Бек является достаточно квалифицированным специалистом, чтобы предложить свое руководство когнитивным терапевтам. На протяжении последних десяти лет она проводила рабочие группы, семинары и организовывала конференции, а также читала лекции по когнитивной терапии, осуществляла супервизию многих начинающих и опытных терапевтов, участвовала в создании протоколов лечения различных расстройств и занималась исследовательской работой по вопросам когнитивной терапии. Обладая таким замечательным багажом знаний и опыта, она написала книгу, содержащую поистине бесценную информацию, позволяющую максимально эффективно применять когнитивную терапию на практике.

Практика когнитивной терапии непроста. Я наблюдал за множеством участников клинических исследований, например за теми, кто способен пройти через процесс терапевтической работы с "автоматическими мыслями", не отдавая себе отчета в восприятии пациентами их личного мира и без малейшего чувства "совместного эмпирицизма". Цель д-ра Бек - обучить как начинающих, так и опытных когнитивных терапевтов основам когнитивной терапии, и она великолепно справилась с этой миссией.

Аарон Т. Бек, д-р медицины

# ЖДЕМ ВАШИХ ОТЗЫВОВ!

Вы, читатель этой книги, и есть главный ее критик и комментатор. Мы ценим ваше мнение и хотим знать, что было сделано нами правильно, что можно было сделать лучше и что еще вы хотели бы увидеть изданным нами. Нам интересно услышать и любые другие замечания, которые вам хотелось бы высказать в наш адрес.

Мы ждем ваших комментариев и надеемся на них. Вы можете прислать нам бумажное или электронное письмо либо просто посетить наш Web-сервер и ставить свои замечания там. Одним словом, любым удобным для вас способом дайте нам знать, нравится или нет вам эта книга, а также выскажите свое мнение о том, как сделать наши книги более интересными для вас.

Посылая письмо или сообщение, не забудьте указать название книги и её авторов, а также ваш обратный адрес. Мы внимательно ознакомимся с вашим мнением и обязательно учтем его при отборе и подготовке к изданию последующих книг. Наши координаты:

E-mail: info@williamspublishing.com

WWW: http://www williamspublishing.com

Адреса для писем:

из России: 115419, Москва, а/я 783

из Украины: 03150, Киев, а/я 152

# ВСТУПЛЕНИЕ

На протяжении последних десяти лет я принимала участие во многих рабочих группах и семинарах, посвященных когнитивной терапии, как национального, так и международного уровня. И меня всегда удивляли три явления. Первое - растущий интерес к когнитивной терапии, одному из немногих целостных направлений психотерапии, эффективность которого подтверждена эмпирически. Второе - настойчивое стремление психологов, психотерапевтов и психиатров освоить принципы когнитивной терапии и досконально изучить техники так, чтобы последовательно применять их в своей практике, руководствуясь ясной концептуализацией. Третье - это бесчисленное множество заблуждений в отношении когнитивной терапии, самые распространенные из которых следующие: что она представляет собой исключительно набор техник, что в ней обесценивается значение эмоций, а умаляется роль терапевтических отношений, что в ней не придается значения коренящимся в детстве источникам многих психологических трудностей.

Большинство пациентов чувствуют себя комфортнее, когда понимают, чего ожидать от терапии, когда им ясны их обязанности, так же как и полномочия терапевта, и когда они представляют, каким образом будет осуществляться терапия (как в рамках одной сессии, так и в целом - курса лечения). Терапевт стремится к тому, чтобы максимально ясно и доступно объяснить пациенту структуру сессий и затем строго придерживаться установленного формата.

Многие участники рабочих групп сообщали мне, что долгие годы применяли когнитивные техники, не называя их таковыми. Другим, знакомым с первым руководством по когнитивной терапии, "Когнитивная терапия депрессии" (А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Имери), на практике не удавалось применять эту форму терапии достаточно эффективно.

Данная книга адресуется широкой аудитории - от не знакомых с когнитивной терапией специалистов, до тех, которые достаточно опытны, но желают улучшить свои навыки когнитивной концептуализации пациентов, планирования лечения, применения

множества техник, оценивания эффективности проведенного лечения и определения проблем, возникающих в ходе терапии.

Стараясь улучшить подачу материала, в качестве примера для всей книги я выбрала один терапевтический случай. Салли была моей пациенткой, когда несколько лет назад я начала работу над этой книгой. Она оказалась идеальной пациенткой по многим причинам. Ее лечение наглядно иллюстрирует "стандартную" когнитивную терапию для неосложненного единичного эпизода депрессии. Для простоты изложения Салли и все другие пациенты, случаи которых рассматриваются в этой книге, представлены как женщины, в то время как терапевтом во всех этих примерах выступает воображаемый мужчина. Кроме того, я использую термин "пациент", а не "клиент", поскольку это определение обусловлено моим медико-ориентированным подходом к работе.

В этом руководстве по когнитивной терапии описаны процесс когнитивной концептуализации, принципы планирования лечения, структурирования сессий и диагностирования проблем, что необходимо при работе с любым пациентом. Хотя в книге описано лечение простого депрессивного расстройства, представленные техники применимы для лечения пациентов с широким рядом проблем. В соответствующей главе приведены указания по лечению ряда расстройств, которые служат основой для правильного изменения терапии в соответствии с потребностями конкретных пациентов.

Эта книга не была бы создана без революционной работы отца когнитивной терапии Аарона Т. Бека, который является и моим отцом, а также выдающимся ученым, теоретиком, практиком и неординарной личностью. Идеи, представленные на суд читателей, сформировались в результате моего собственного многолетнего клинического опыта, дополненного чтением специальной литературы, супервизией и дискуссиями как с моим отцом, так и с другими профессионалами. Каждая супервизия, каждый мой ученик и пациент дарили мне бесценный опыт. Я благодарна им всем.

И наконец, я хочу поблагодарить всех, кто помог мне в создании этого руководства, особенно Кевина Кюхльвейна, Кристин Падески, Томаса Эллиса, Дональда Била, Э. Томаса Дауда и Ричарда Басиса. Выражаю признательность Тине Инфорзато, Хелен Уэллз и Барбаре

Черри, подготовившим рукопись, а также Рейчел Тичер и Хизер Богданофф, которые помогли мне нанести завершающие штрихи.

# ГЛАВА 1 ВВЕДЕНИЕ

Когнитивная терапия была разработана Аароном Беком в Университете Пенсильвании в начале 1960-х годов как структурированный, кратко срочный, ориентированный на настоящее вид психотерапии, предназначенный для лечения депрессивных расстройств. Основной целью когнитивной терапии стало решение актуальных проблем пациентов, а также изменение дисфункционального, искаженного мышления и поведения (Beck, 1964) На протяжении многих лет А. Бек и его последователи успешно применяли когнитивную терапию, адаптировав ее для лечения целого ряда психических расстройств. Многочисленные изменения коснулись фокуса терапии, продолжительности лечения и непосредственно техник, но теоретические основы когнитивной терапии остались неизменными. В целом *когнитивная модель* предполагает, что в основе всех психологических нарушений личности лежит искаженное, или дисфункциональное, мышление (которое в свою очередь искажает эмоции и поведение пациента). Реалистичная оценка и изменение такого мышления ведут к улучшению самочувствия и гармонизации поведения Итак, чтобы добиться устойчивых результатов, необходимо выявить, оценить и изменить дисфункциональные взгляды и убеждения, лежащие в основе любого психологического расстройства.

Известными учеными были разработаны другие формы когнитивной терапии. Особо следует отметить рационально-эмотивную терапию Альберта Эллиса (Ellis, 1962), когнитивно-поведенческую модификацию Дональда Мейченбаума (Meichenbaum, 1977), мультимодальную терапию Арнольда Лазаруса (Lazarus, 1976). Весомый вклад в развитие когнитивной терапии внесли многие другие теоретики, включая Майкла Махони (1991), Витторио Гьюдано и Джованни Лиотти (1983). Исторические обзоры становления когнитивной терапии показывают, что она развивалась во многих направлениях (Arnkoff & Glass, 1992; Hollon & Beck, 1993).

В настоящей работе мы представляем читателям когнитивную терапию в том виде, в каком она была изначально разработана Аароном Беком.

Когнитивная терапия уникальна тем, что включает в себя целостную теорию личности и психопатологии, основанную на веских эмпирических доказательствах. Спектр ее применения чрезвычайно широк, что также подтверждается эмпирическими доказательствами.

С тех пор как в 1977 году было опубликовано первое исследование результатов лечения (Rush, Beck, Kovacs, & Hollon, 1977), когнитивная терапия подвергалась всесторонним исследованиям. Контролируемые эксперименты подтвердили ее эффективность в лечении депрессии (см. мета-анализ: Dobson, 1989), генерализованного тревожного расстройства (Butler, Fennel, Robson, & Gelder, 1991), панического расстройства (Barlow, Craske, Gerney, & Klosko, 1989; Beck, Sokol, Clark, Berchick, & Wright, 1992; Clark, Salkovskis, Hackmann, Middleton, & Gelder, 1992), социофобии (Gelernter и др., 1991; Heimberg и др., 1990), расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (Woody и др., 1983), расстройств приема пищи (Agras и др., 1992; Fairburn, Jones, Peveler, Hope, & Doll, 1991; Garner и др., 1993), проблем в отношениях с партнером (Baucom, Sayers, & Scer, 1990) и госпитальной депрессии (Bowler, 1990; Miller, Norman, Keitner, Bishop, & Dow, 1989; Thase, Bowler, & Harden, 1991).

В настоящее время когнитивная терапия применяется во всем мире в качестве единственного или дополнительного вида лечения многих других расстройств. Это обсессивно-компульсивное расстройство (Salkovskis & Kirk, 1989), посттравматическое стрессовое расстройство (Dancu & Foa, 1992; Parrott & Howes, 1991), расстройства личности (Beck и др., 1990; Layden, Newman, Freeman, & Morse, 1993; Young, 1990), рекуррентная депрессия (R. DeRubeis, личное общение в октябре 1993 года), хронический болевой синдром (Miller, 1991; Turk, Meichenbaum, & Genest, 1983), ипохондрическое расстройство (Warwick & Salkovskis, 1989) и шизофрения (Chadwick & Lowe, 1990; Kingdon & Turkington, 1994; Perris, Ingelson, & Johnson, 1993). Когнитивная терапия успешно применяется не только в лечении психиатрических пациентов, но и в работе с людьми, отбывающими наказание в местах лишения свободы, со школьниками, с пациентами, страдающими разнообразными заболеваниями, и многими другими категориями населения.

Persons, Burns и Perloff обнаружили (1988), что когнитивная терапия эффективна для пациентов независимо от их происхождения, уровня образования и доходов. Она была адаптирована для работы с пациентами всех возрастных групп, от дошкольников (Knell, 1993) до пожилых людей (Casey & Grant, 1993; Thompson, Davies, Gallagher & Krantz, 1986). Хотя эта книга посвящена исключительно

индивидуальной терапии, когнитивная терапия была также модифицирована для работы с группами пациентов (Beutler h zip., 1987; Freeman, Schrodt, Gilson, & Ludgate, 1993), решения проблем в отношениях с партнером (Baucom & Epstein, 1990; Dattilio & Padesky, 1990), а также семейной терапии (Bedrosian & Bozicas, 1994; Epstein, Schlesinger, & Dryden, 1988).

Может возникнуть закономерный вопрос; как, претерпев столько нений, когнитивная терапия остается узнаваемой? Дело в том, что во все формах, образованных из первичной модели А. Бека, в основе лечения жит *когнитивная формулировка* конкретного расстройства и ее приложение *концептуализации*, или пониманию терапевтом пациента. В ходе лечения терапевт разными способами побуждает пациента осуществить когнитивные изменения - перестройку его мышления и системы взглядов и убеждений, - чтобы добиться устойчивых эмоциональных и поведенческих улучшений.

Чтобы подробнее и доступнее представить читателям как теоретические концепции, так и собственно процесс когнитивной терапии, на протяжении всей книги мы приводим фрагменты одного терапевтического случая. 18-летняя Салли представляет собой пациента, который по многим причинам идеально подходит для когнитивной терапии. Процесс ее лечения прекрасно иллюстрирует принципы когнитивной терапии. Салли обратилась к психотерапевту в конце второго семестра учебы в колледже, поскольку в течение последних четырех месяцев находилась в подавленном состоянии и испытывала постоянную тревогу. Ей с трудом давались повседневные дела. Как оказалось, состояние Салли соответствовало критериям депрессии средней степени тяжести согласно *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, 2000* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) [1]. Более полный психологический портрет Салли представлен в следующей главе, а так в приложении А.

Чтобы продемонстрировать особенности типичного вмешательства при когнитивной терапии, приведем выдержку из стенограммы четвертой терапевтической сессии Салли. Терапевт определяет актуальную для пациентки проблему, выявляет и оценивает дисфункциональные мысли, связанные с этой проблемой, продумывает

рациональный план и оценивает предполагаем эффективность терапевтического вмешательства.

Терапевт: Итак, Салли, вы утверждаете, что хотите решить свою проблему с поиском работы на неполный рабочий день?

Пациент: Да. Мне нужны деньги... но я не уверена.

Т: (*Отмечая унылый вид девушки.)* О чем вы думаете? Прямо сейчас?

П: Я не справлюсь с работой.

Т: А как вы себя чувствуете, когда думаете об этом?

П: Мне грустно. И тоскливо.

Т: Значит, вы подумали: "Я не справлюсь с работой" - и вам стало грустно. Скажите, а почему вы считаете, что не справитесь с работой?

П: Потому что мне с трудом дается даже учеба.

Т: Понятно. Что-то еще?

П: Я не знаю... Я так устала. Я не могу представить, как буду искать эту работу, а тем более ходить куда-то каждый день...

Т: Давайте разберемся. Может быть, в действительности вам будет трудно *искать* работу: изучать предложения работодателей, оценивать разные варианты, а вовсе не работать? В любом случае, есть ли другие доводы в пользу того, что вы не справитесь с работой, если получите ее?

П: ...Ничего не приходит на ум.

Т: А доказательства обратного? Что вы *справитесь с* работой?

П: Я уже работала, в прошлом году. И тогда я совмещала работу с учебой в школе и другими делами. Но сейчас... Я не знаю.

Т: Есть ли другие доказательства того, что вы сможете справиться с работой?

П: Я не знаю... Может быть, если это не будет отнимать у меня много времени... И не будет слишком сложным.

Т: Что это может быть за работа?

П: Может быть, продажи? Прошлым летом я работала агентом *по* продажам.

Т: А где вы можете найти такую работу?

П: Например, в [университетском] книжном магазине. Я видела там объявление о наборе персонала.

Т: Хорошо. Представьте, что вас приняли на работу в этот книжный магазин. Что может случиться *самое плохое?*

П: Самое плохое - если я не справлюсь.

Т: Сможете ли вы пережить это?

П: Конечно. Я просто уйду с этой работы.

Т: А что может случиться *самое хорошее*, если вы получите эту работу?

П: Гм... У меня все получится.

Т: А какой вариант развития событий самый *реалистичный?*

П: Поначалу мне, конечно, будет сложно... Но, возможно, я справлюсь.

Т: Вспомните, пожалуйста, как на вас действует исходная мысль "Я не справлюсь с работой"?

П: Мне становится грустно и тоскливо... Пропадает всякое желание даже пытаться искать работу.

Т: А как вы себя чувствуете теперь, изменив свое мышление? Осознав, что возможно, у вас все получится?

П: Мне лучше. Я обязательно попробую туда устроиться.

Т: Что вы собираетесь предпринять для этого?

П: Пойти в этот книжный магазин. Сегодня же.

Т: Какова вероятность того, что вы действительно пойдете туда?

П: Я пойду обязательно.

Т: Как вы себя сейчас чувствуете?

П: Немного лучше. Я чуть сильнее нервничаю. Но у меня появилась надежда.

Теперь Салли способна с помощью стандартных вопросов (см. главу 8) выявлять и оценивать свою деструктивную мысль "Я не справлюсь с работой". Многим пациентам, столкнувшимся с похожими трудностями, требуется гораздо больше терапевтических усилий для того, чтобы возникло желание действовать и изменять свое поведение.

Хотя лечение каждого пациента должно быть индивидуальным, существуют определенные общие принципы, лежащие в основе когнитивной терапии.

*Принцип 1. Когнитивная терапия основывается на постоянно развивающейся формулировке терапевтического случая в терминах когнитивной терапии.* Терапевт Салли стремится осмыслить ее трудности в трех временных рамках.

Для начала он выявляет, каково ее *теперешнее мышление*, которое вызывает грусть и тоску ("Я неудачница, я ни на что не гожусь, мне никогда не добиться успеха"), а также ее проблемное поведение - стремление к изоляции от окружающих, нежелание вставать с постели, отказ от обращения за помощью. (Обратите внимание, что подобное проблемное поведение обусловлено её деструктивным мышлением и в свою очередь *усиливает* его.)

Затем терапевт определяет *предрасполагающие факторы*, которые влияют на восприятие Салли и способствуют возникновению депрессии (например, недавний уход из родительского дома и стремление хорошо учиться вопреки внутреннему убеждению в собственной никчемности).

Далее терапевт формулирует гипотезу о *формирующих событиях* и стойких *способах интерпретации* пациенткой этих событий, которые, возможно, привели к возникновению депрессии. (Например, Салли всегда была склонна приписывать свои достижения удаче, при этом относилась к собственной (относительной) слабости как к отражению своей "истинной" сути.)

Терапевт выстраивает свои предположения, исходя из тех данных, которые Салли предоставляет ему уже на первой сессии. По мере получения новых сведений он уточняет свои представления о пациентке. Терапевт делится с Салли своим мнением по поводу ключевых вопросов, чтобы убедиться, что его догадки верны. Более того, в процессе терапии он обучает Салли рассматривать ее опыт через призму когнитивной модели. Девушка учится выявлять собственные мысли, связанные с деструктивными эмоциями, оценивать их и создавать более адаптивные ответы на них. Постепенно ее самочувствие улучшается, а поведение становится все более функциональным.

*Принцип 2. Когнитивная терапия требует создания прочного терапевтического альянса.* Как и многим другим пациентам с неосложненной депрессией и повышенной тревожностью, Салли трудно установить доверительные отношения с терапевтом и сотрудничать с ним. Так происходит несмотря на то, что терапевт проявляет теплоту и эмпатию, выражает участие, искреннее внимание и компетентность - все то, что необходимо для создания доверительной атмосферы. Он не только внимательно и участливо

выслушивает пациентку, но и точно резюмирует ее мысли и чувства, демонстрирует реалистичный оптимизм и никогда не осуждает пациентку. Также он в конце каждой сессии запрашивает у Салли обратную связь, чтобы узнать, довольна ли она сессией и чувствует ли, что терапевт ее понимает.

Другим пациентам, особенно придающим расстройствами личности, для формирования в ходе лечения терапевтического альянса с терапевтом требуется ощущать гораздо больше выраженной эмпатии (Beck et al., 1990; Young, 1990). Если бы Салли была одной из таких пациенток, терапевту пришлось бы потратить больше времени и сил на построение терапевтического альянса и проявить изобретательность. Например, он мог бы периодически обсуждать с Салли ее отношение к самому терапевту.

*Принцип 3. В когнитивной терапии особое значение придается сотрудничеству и активному участию.* Терапевт побуждает Салли относиться к терапии как к работе в команде; они сообща решают, каким вопросам посвятить каждую сессию, как часто встречаться и что Салли должна делать в промежутках между сессиями в качестве домашнего задания. Вначале большую активность в разработке повестки дня и в подведении итогов после каждой сессии проявляет терапевт. Когда же состояние Салли начинает понемногу улучшаться терапевт побуждает девушку к более активному участию в процессе терапии. Теперь она сама предлагает темы для бесед, выявляет собственные искажения мышления, подводит главные итоги сессий и определяет содержание домашних заданий.

*Принцип 4. Когнитивная терапия ориентирована на цель и сфокусирована на проблеме.* На первой сессии терапевт предлагает Салли перечислить ее проблемы и определить цели терапии - чего бы ей хотелось достичь. Например, первой из заявленных проблем было чувство одиночества. С помощью терапевта Салли определяет цель в поведенческих терминах: завести новых друзей и улучшить отношения с имеющимися. Терапевт также предлагает Салли оценить мысли, которые препятствуют достижению цели (такие как "Я - ничтожество. Мне нечего предложить другим людям. Я никому не нужна"), и адекватно на них ответить. Для этого необходимо:

• оценить обоснованность проблемных мыслей непосредственно на сессии, исходя из собственного опыта;

• проверить мысли более тщательно, в ходе живого общения с друзьями и знакомыми.

Выявив искажения своего мышления и научившись корректировать мысли, Салли не только разрешает актуальную для себя проблему, но и улучшает взаимоотношения с окружающими людьми.

Таким образом, терапевт уделяет особое внимание препятствиям, мешающим пациенту решать проблемы и достигать поставленных им целей. Многих пациентов, которые до начала расстройства успешно справлялись с различными жизненными обстоятельствами, не нужно специально обучать решения проблем. Им гораздо полезнее научиться адекватно воспринимать собственные дисфункциональные мысли, из-за которых они не в силах использовать ранее приобретенные навыки. Других пациентов, не приученных решать собственные проблемы, необходимо последовательно обучать использованию соответствующих стратегий. Итак, терапевт прежде всего должен индивидуальные специфические трудности пациента и наметить требуемый уровень терапевтического вмешательства.

*Принцип* 5. *В когнитивной терапии основное внимание уделяется настоящему, особенно в начале лечения.* В большинстве случаев следует четко фиксировать процесс лечения на текущих проблемах и специфических ситуациях, которые выводят пациента из строя. Анализ и/или более реалистичная оценка аспектов жизни, наиболее травмирующих пациента в данный момент, обычно ведут к ослаблению болезненных симптомов и улучшению его самочувствия. Таким образом, когнитивный терапевт обычно начинает терапию с того, что выявляет проблемы пациента, лежащие в плоскости "здесь и сейчас", отложив на будущее установление диагноза. Внимание терапевта смещается на прошлое в следующих случаях:

• пациент испытывает сильную склонность поступать так, а не иначе;

• работа, направленная на решение текущих проблем, не приводит к ощутимым результатам в когнитивной, поведенческой и эмоциональной сферах;

• терапевт убежден, что в данном случае важно определить, как и когда возникли значимые дисфункциональные представления и как они влияют на пациента в настоящий момент.

Например, терапевт обсуждает с Салли события ее детства, чтобы помочь ей осознать взгляды и установки, которые она усвоила, будучи ребенком: "Если я добьюсь успеха, я докажу, что я что-то из себя представляю" или "Если я не достигну успеха, это будет означать, что я ничтожество". Терапевт помогает Салли оценить, насколько достоверны эти взгляды как в прошлом, так и в настоящем, и сформировать более реалистичные представления. Если бы Салли страдала расстройством личности, терапевт поговорил бы с ней подробнее о ее жизни и обсудил бы коренящиеся в детстве источники определенных убеждений и способов поведения.

*Принцип 6. Когнитивная терапия - это образовательная терапия, цель которой - научить пациента быть самому себе терапевтом. В когнитивной терапии особое внимание уделяется профилактике рецидива.* На первой же сессии терапевт объясняет Салли природу и течение ее расстройства, разъясняет суть процесса когнитивной терапии и знакомит с *когнитивной моделью* (показывает, каким образом мысли влияют на ее эмоции и поведение). Терапевт помогает Салли определить ее собственные цели терапии, распознать и оценить мысли и убеждения, запланировать определенные поведенческие изменения, а также обучает ее, *как* выполнить все это. На каждой сессии терапевт предлагает Салли фиксировать в письменном виде наиболее важные выводы, к которым она пришла в процессе терапии. Таким образом, у Салли появляется возможность перечитать свои записи и взглянуть на все по-новому, как в процессе терапии, так и после ее окончания.

*Принцип 7. Когнитивная терапия ограничена во времени.* Большинству пациентов, страдающих депрессией и тревожным расстройством, можно помочь за 4-14 сессий. Терапевт Салли наметил в отношении нее те же цели, что и в отношении всех остальных своих пациентов: облегчить страдания девушки, добиться ремиссии ее расстройства, помочь ей решить самые сложные проблемы и обучить ее навыкам, с помощью которых она сумеет предотвратить рецидив. Вначале Салли встречалась с терапевтом еженедельно. (Если бы v нее была глубокая депрессия или склонность к суициду, сессии проходили бы чаще.) Через два месяца они совместно решили попробовать встречаться раз в две недели, а затем раз в месяц. Даже после

завершения лечения было решено проводить ежеквартальные бустерные [2] сессии в течение одного года.

Однако не всем пациентам удается с ходу достичь значительных улучшений. Чтобы изменить укоренившиеся дисфункциональные убеждения и модели поведения, послужившие причиной хронического дистресса, некоторым пациентам требуется 1-2 года терапии (а бывает, и больше).

*Принцип 8. В процессе когнитивной терапии сессии структурированы.* Независимо от диагноза и этапа лечения когнитивный терапевт стремится на каждой сессии строго придерживаться определенного плана. Так, сначала терапевт Салли оценивает ее настроение, затем просит кратко рассказать о минувшей неделе, далее совместно с пациенткой определяет повестку дня на данную сессию, затем работает согласно повестке дня и, наконец, обсуждает с ней содержание домашнего задания. По ходу сессии терапевт часто подводит промежуточный итог, а в конце каждой сессии запрашивает у пациентки обратную связь. Такая структура сессий сохраняется на протяжении всего курса терапии. Как только состояние Салли улучшается, терапевт побуждает девушку проявлять больше активности в обсуждении и установлении повестки дня, определении домашнего задания, оценивании своих мыслей и поиске адаптивного ответа на них. Благодаря соблюдению установленного порядка процесс терапии становится более понятным как для Салли, так и для терапевта. Также повышается вероятность того, что Салли будет способна проводить самотерапию после окончания курса лечения. С помощью такого формата сессии удается сконцентрировать внимание Салли на самых важных для нее вопросах извлечь максимальную пользу из времени, отведенного на каждую сессию.

*Принцип 9. Когнитивная терапия учит пациентов распознавать и оцениватъ их дисфункциональные взгляды и убеждения и находить на них адаптивные ответы.* Фрагмент сессии, приведенный выше в этой главе, показывает, как терапевт помогает Салли сосредоточиться на конкретной проблеме работы с частичной занятостью), распознать ее дисфункциональное мышление (выясняя, какие мысли возникают у Салли в тот или иной момент разговора), оценить достоверность этих мыслей (путем поиска подтверждающих и опровергающих доводов) и продумать план дальнейших действии. Терапевт проводит беседу,

мягко используя метод сократического диалога [3]. В результате Салли приобретает навык определения точности ее представлений путем тщательного анализа данных. Заметьте, что терапевт не требует от Салли немедленного принятия решения и не склоняет ее к своей точке зрения. Во время других сессий терапевт организует *управляемое исследование*, в ходе которого выясняет у Салли значение ее мыслей и выявляет ее убеждения в отношении себя самой, окружающего мира и других людей. Попутно терапевт побуждает Салли оценивать, насколько достоверны и функциональны (полезны) ее убеждения.

*Принцип 10. Техники когнитивной терапии направлены на изменение мышления, настроения и поведения пациента.* Хотя основным инструментарием когнитивного терапевта являются когнитивные стратегии, такие как сократический диалог или управляемое исследование, также широко применяются и техники, заимствованные из других направлений психотерапии (особенно поведенческой терапии и гештальт-терапии). В выборе техник для каждого случая терапевт исходит из характера проблемы и собственных целей в отношении конкретных терапевтических сессий.

Эти базовые принципы когнитивной терапии применимы в каждом терапевтическом случае. Однако ход лечения может в значительной мере варьироваться в соответствии с потребностями каждого пациента, природой его проблем, его целями, его способностью и готовностью создавать с терапевтом прочный терапевтический альянс, а также с его предыдущим опытом прохождения психотерапии и его предпочтениями в лечении. *Акцепт в* лечении зависит в первую очередь от особенностей расстройства пациента. Например, в случае генерализованного тревожного расстройства когнитивный терапевт особо тщательно оценивает риск возникновения определенных (пугающих пациента) ситуаций и определяет ресурсы, доступные пациенту, которые позволили бы ему справиться с предполагаемой опасностью (Beck & Emery, 1985). Лечение панического расстройства включает проверку катастрофических (ложных) истолкований пациента (обычно угрожающих жизни или рассудку ошибочных предсказаний) либо телесных или психических ощущений (Clark, 1989). В случае анорексии необходимо изменить представления пациента о собственной значимости и степени контроля над своим поведением (Garner & Bemis, 1985). При лечении пациентов,

злоупотребляющих алкоголем или принимающих наркотики, особое внимание надо уделить негативным убеждениям пациента и отношении собственной личности, а также мыслям об употреблении алкоголя или наркотиков (Beck, Wright, Newman, & Leise, 1993). Подробнее лечение этих и других расстройств мы обсудим в главе 16.

## РАЗВИТИЕ КОГНИТИВНОГО ТЕРАПЕВТА

Неискушенным наблюдателям когнитивная терапия иногда представляется обманчиво простой. Действительно, *когнитивная модель*, согласно которой мысли каждого человека влияют на его эмоции и поведение, проста. Однако опытные когнитивные терапевты *одновременно* выполняют множество задач: концептуализацию терапевтического случая, установление раппорта, социализацию и обучение пациента, определение его проблемы, сбор данных, исследование гипотезы и подведение итогов. Работа начинающего когнитивного терапевта, напротив, обычно более размеренная и структурирования; ему лучше сосредоточиться на выполнении одной задачи, прежде чем переходить к другой. Хотя основная цель состоит в том, чтобы соединить различные элементы в единое целое и провести терапию настолько эффективно и разумно, насколько это возможно, начинающим терапевтам следует сначала освоить *технологию* когнитивной терапии, чего легче всего достичь, придерживаясь простого стиля.

Наработка опыта когнитивным терапевтом проходит в три этапа. (Предполагается, что терапевт достиг профессионализма в демонстрации пациенту эмпатии, участия и компетентности.)

На стадии 1 терапевт учится структурировать сессии и применять основные техники когнитивной терапии. Он осваивает концептуализацию терапевтических случаев в терминах когнитивной терапии, основываясь на оценках и данных, полученных в процессе сессии.

На стадии 2 терапевт начинает интегрировать навыки концептуализации со знанием техник. Он совершенствует свои способности в понимании течения терапии и определении ее основных

целей. Терапевт приобретает опыт в понимании пациентов, уточнении своих предположений в процессе терапии и применении модели концептуализации для принятия решения о возможном вмешательстве. Он расширяет набор используемых техник и учится выбирать, распределять во времени и применять подходящие для конкретного случая практические стратегии.

На стадии 3 терапевт начинает автоматически интегрировать поступающие к нему по время сессий новые данные в модель концептуализации. Он также оттачивает свое умение формулировать гипотезу, подтверждающую или опровергающую его понимание пациента. Он варьирует структуру и основные техники когнитивной терапии, чтобы подобрать действенные, необходимые для сложных случаев, таких как расстройства личности.

# КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЭТОЙ КНИГОЙ

Эта книга предназначена для терапевтов разного уровня компетентности, испытывающих недостаток знаний фундаментальных основ когнитивной концептуализации и принципов лечения. Чтобы понимать, как и когда модифицировать стандартные схемы лечения для потребностей конкретных пациентов, необходимо знать базовые элементы когнитивной терапии.

Ваш профессиональный рост как когнитивного терапевта ускорится, если вы начнете применять задания, предложенные в этой книге, к самому себе. Во-первых, по мере чтения книги старайтесь концептуализировать собственные мысли и убеждения. В следующей главе мы подробно рассмотрим когнитивную модель: *ваше эмоциональное состояние в любой момент времени (как и физические реакции, и поведение) зависит от вашего восприятия ситуации, особенно от мыслей по этому поводу.* Не откладывая на потом, принимайтесь за исследование собственного настроения. Если ваше расположение духа меняется или приобретает негативный оттенок, или у вас возникают какие-либо физические ощущения, связанные с плохим настроением, спросите себя, какую эмоцию вы сейчас испытываете, и задайте себе ключевой вопрос когнитивной терапии:

О чем я сейчас думаю?

Так вы научитесь распознавать свои собственные мысли, особенно автоматические, о которых мы поговорим в следующей главе. Освоив основные навыки когнитивной терапии на собственном примере, вам будет легче обучать этим навыкам своих пациентов.

Особенно полезно выявить свои автоматические мысли в процессе чтения этой книги и использования техник в работе с пациентами. Если, например, вы почувствуете, что ваше настроение ухудшается, спросите себя: "О чем я думаю?" Возможно, вы обнаружите такие автоматические мысли:

"Это очень сложно";

"Безнадежный случай";

"Это очень неприятно";

"Что если моя попытка не приведет к успеху?"

Опытные терапевты, первое направление работы которых не было когнитивным, могут выявить следующие мысли.

"Когнитивная терапия неэффективна".

"Пациент не захочет этим заниматься".

"Это слишком поверхностный / структурированный / грубый/ простой / сложный подход".

Обнаружив подобные мысли, запишите их и вернитесь к работе с книг и или обратитесь к главам 8 и 9, в которых речь идет об оценке автоматически мыслей и формировании адаптивного ответа на них. Сместив фокус внимал на собственные мысли, вы не только улучшите свои навыки как когнитивного терапевта, но и получите возможность изменить дисфункциональные идеи, таким образом, улучшить настроение (и поведение), повысить свою способность к восприятию информации и обучению.

Далее представлена аналогия, которая широко используется в работе с пациентами, она также может быть полезна и начинающим когнитивным терапевтам. Обучение навыкам когнитивной терапии сходно с обучением любым другим навыкам. Вспомните, как вы учились водить машину, или печатать вслепую, или работать на компьютере. Не чувствовали ли вы себя вначале немного неуверенно? Приходилось ли вам уделять много внимания мельчайшим деталям и оттачивать отдельные движения, которые сейчас вы выполняете легко, совершенно не задумываясь? Огорчались ли вы, когда что-то не ладилось? Не стал ли со временем процесс казаться вам все более и

более осмысленным и более приятным и удобным? Не достигли ли вы, наконец, того уровня, когда способны действовать сравнительно легко и уверенно? Такой путь в свое время прошли большинство профессионалов в любой отрасли, в любой сфере деятельности.

Процесс обучения когнитивных терапевтов подчиняется тем же закономерностям. Приступая к работе с пациентами, ставьте перед собой небольшие цели, которые будут хорошо сформулированы и вполне реалистичны. Хвалите себя за незначительные достижения. Оценивайте свои успехи, сравнивая со своим же уровнем компетентности перед тем, как вы принялись за чтение этой книги, или даже перед тем, как начали изучать когнитивную терапию. Учитесь правильно реагировать на негативные мысли, возникающие, когда вы сравниваете себя с опытными когнитивными терапевтами. Не снижайте свою уверенность путем контрастного сопоставления вашего нынешнего уровня навыков и ваших основных, зачастую отдаленных, целей.

Наконец, эту книгу лучше читать от начала и до конца. Некоторым читателям, конечно же, захочется пропустить вступительные главы и углубиться изучение техник когнитивной терапии. Однако мы советуем вам внимательно прочитать следующую главу, в которой речь идет о концептуализации, поскольку для выбора эффективных техник требуется исчерпывающее понимание когнитивной модели пациента. В главах 3,4 и 5 мы обсуждаем структуру психотерапевтической сессии. Главы с 6 по 11 посвящены краеугольным камням когнитивной терапии: выявлению дисфункциональных автоматических мыслей и убеждений и формированию правильных ответов на них. Дополнительные когнитивные и поведенческие техники представлены в главе 12, а автоматические мысли, возникающие в форме образов и представлений, мы обсуждаем в главе 13. В главе 14 освещается роль домашнего задания и процессе когнитивной терапии, а в главе 15 речь идет о завершении терапии и предупреждении рецидива. Во всех этих главах закладывается фундамент для содержания глав 16 и 17, в которых мы говорим о планировании лечения (как в широком смысле, так и о структуре отдельных сессий) и диагностике проблем в когнитивной терапии. И, наконец, в главе 18 мы даем рекомендации по профессиональному росту и развитию когнитивного терапевта.

# ГЛАВА 2 КОГНИТИВНАЯ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ

Когнитивная концептуализация обеспечивает терапевту точку отсчета для последующего глубокого понимания пациента. Уже в начале лечении терапевт размышляет над следующими вопросами.

• Каков диагноз пациента?

• Каковы его текущие проблемы; как они возникли и за счет чего существуют?

• Какие дисфункциональные мысли и убеждения пациента поддержи-вают эти проблемы; какие реакции (эмоциональные, физические и поведенческие) возникли в результате такого искаженного мышления?

Затем терапевт формулирует гипотезу о причинах возникновения у пациента данного расстройства.

• Какие установки, усвоенные в раннем возрасте, пережитый опыт и, возможно, генетические факторы способствовали возникновению проблем?

• Каковы глубинные убеждения пациента (включая отношения, ожидания и правила), а также каковы его типичные мысли?

• За счет каких когнитивных, эмоциональных и поведенческих механизмов, позитивных и негативных, пациент уравновешивает свои дисфункциональные убеждения? Как он воспринимал (и воспринимает) себя, окружающих людей, свой внутренний мир и свое будущее?

• Какие стрессовые факторы могли способствовать возникновению его психологических проблем или нарушить его способность разрешить эти проблемы? Терапевт приступает к построению модели когнитивной концептуализации пациента уже на первой сессии и продолжает уточнять ее вплоть до завершения терапии. Эта живая, непрерывно развивающаяся и дополняющаяся формулировка помогает ему осуществлять наиболее эффективную и целесообразную терапию (Persons, 1989). В основе когнитивной концептуализации лежит *когнитивная модель*, которую мы представляем читателям в этой главе. Также мы обсудим взаимосвязь мыслей и убеждений и познакомимся с

Салли; выдержки из ее терапевтических сессий дополняют теоретический материал на протяжении всей книги.

## КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ

Согласно *когнитивной модели*, эмоции и поведение людей зависят от восприятия ими различных жизненных обстоятельств. Не события сами по себе определяют самочувствие людей, а способ, которым они их *истолковывают* (Beck, 1964; Ellis, 1962). Представьте себе, например, что несколько человек читают книгу об основах когнитивной терапии. У всех возникают различные эмоциональные ответы на полученную информацию в зависимости от того, о чем они думают во время чтения.

Читатель А рассуждает так: "Хм, а это действительно толковая информация. Эта книга поможет мне стать хорошим терапевтом!" Читатель А приятно взволнован.

Читатель Б, напротив, думает: "Это чепуха. Очень поверхностный подход. Это не сработает". Он разочарован.

Читатель В думает так: "Эта книга не оправдала моих ожиданий. Я зря потратил деньги". Он раздражен.

Читатель Г думает: "Наверное, мне стоит попробовать применить это в своей работе. Но получится ли у меня?" - и его одолевает тревога.

Мысли читателя Д таковы: "Это очень сложно. Наверное, мне никогда этого не понять. Я не смогу стать хорошим терапевтом". Читатель Д крайне огорчен.

Таким образом, самочувствие человека зависит от способа интерпретации им жизненных ситуаций. Само по себе событие не определяет эмоциональный ответ, который обусловлен *восприятием* ситуации. Когнитивного терапевта особенно интересует тот пласт мышления, который существует наряду с очевидным, поверхностным уровнем.

Например, читая эти строки, вы можете отметить, что у вас *одновременно* возникает много мыслей. Часть вашего сознания сосредоточена на получении новой информации, то есть вы стараетесь разобраться в тексте. В то же время вас посещают мимолетные оценочные мысли. Мы называем их *автоматическими мыслями;* они

не являются результатом размышлений, умозаключений и не обязательно поддерживаются доказательствами. Напротив, эти мысли

возникают как бы сами по себе, зачастую они короткие и обрывочные. Вполне вероятно, что вы, не отдавая себе отчета в их наличии, осознаете эмоции которые последуют за этими мыслями. В результате вы, скорее всего, слепо поймете свои автоматические мысли за правду. Однако в ваших силах научиться распознавать свои автоматические мысли, обращая внимание на изменение своего эмоционального состояния. Когда почувствуете, что погружаетесь в негативные эмоции, спросите себя:

*О чем я только что подумал?*

Научившись распознавать свои автоматические мысли, вы можете сделать следующий шаг; оценить их *достоверность*. Если вы поймете, что ваши интерпретации ошибочны, и измените их, ваше настроение улучшится. В терминах когнитивной терапии можно утверждать, что когда дисфункциональные мысли поддаются рациональному осмыслению, вслед за этим обычно меняются эмоции. Об оценивании автоматических мыслей подробно говорится в главе 8.

Но откуда берутся автоматические мысли? Что заставляет людей воспринимать одну и ту же или схожие ситуации совершенно по-разному? Для ответа на эти вопросы мы должны представить вам более глубинный и устойчивый когнитивный феномен: убеждения.

## УБЕЖДЕНИЯ

Начиная с детства у людей формируются определенные убеждения о самих себе, окружающих и мире в целом. Самые главные, или *глубинные, убеждения* — это установки, которые настолько глубоки и фундаментальны, что люди часто не могут их четко выразить и даже просто осознать. Носитель таких идей расценивает их как чистую правду просто потому, что так "есть". Например, читатель Д, который думал, что он не способен усвоить текст, мог иметь следующее глубинное убеждение: "Я ни на что не способен". Подобное убеждение может влиять на этого человека только тогда, когда он страдает депрессией, или же быть активным большую часть времени. Когда этот глубинный взгляд активизируется, читатель Д интерпретирует все происходящее с ним *через призму этого убеждения*, несмотря на то

что с позиций здравого смысла соответствующие объяснения могут быть откровенно ошибочными. В данном случае читатель Д, вероятно, склонен принимать во внимание только ту информацию, которая подтверждает его глубинное убеждение, игнорируя или недооценивая информацию, которая ему противоречит. Так он поддерживает глубинное убеждение, даже если оно ошибочное и дисфункциональное.

Например, читатель Д не учитывает, что многие умные и образованные люди не всегда способны полностью разобраться в незнакомом материале при первом прочтении. Он не принимает в расчет и возможность того, что автор мог изложить материал недостаточно доходчиво и понятно. Ему не приходит в

голову, что трудности с пониманием текста могли возникнуть из-за рассеянности, а не глупости. Он забывает, что всегда испытывал трудности, сталкиваясь большими объемами новой информации, но впоследствии нередко добивался завидного успеха. Находясь под влиянием активизировавшегося убеждения в собственной неспособности, этот человек автоматически интерпретирует ситуацию преувеличенно негативным способом и обвиняет в мнимой неудаче самого себя.

*Глубинные убеждения* - фундаментальный уровень убеждений; они всеобъемлющие, укоренившиеся и плохо поддающиеся изменениям, а также сверхобобщенные. С другой стороны, *автоматические мысли* - вербальные формулировки или образы - можно считать наиболее поверхностным уровнем познавательной деятельности. В следующем разделе представлены промежуточные убеждения, которые занимают место между глубинными убеждениями и автоматическими мыслями.

## ОТНОШЕНИЯ, ПРАВИЛА И ПРЕДПОЛОЖЕНИЯ

На основе глубинных убеждений формируются *промежуточные убеждения* (которые также зачастую не поддаются четкому выражению словами), включающие *отношения, правила* и *предположения*. Читатель Д, например, может иметь следующие промежуточные убеждения.

Отношение: "Как ужасно быть ни на что не способным!"

Правила/ожидания: "Я должен постоянно упорно трудиться".

Предположение: "Если я буду упорно трудиться, я, возможно, смогу достичь того, чего другие люди добиваются без особых усилий".

Эти убеждения влияют на восприятие человеком ситуации, которое в свою очередь определяет способ его мышления, а затем - его эмоции и поведение. Взаимосвязь этих промежуточных убеждений, глубинных убеждений и автоматических мыслей можно представить следующим образом.

Глубинные убеждения

↓

Промежуточные убеждения
(отношения, правила,
предположения)

↓

Автоматические мысли

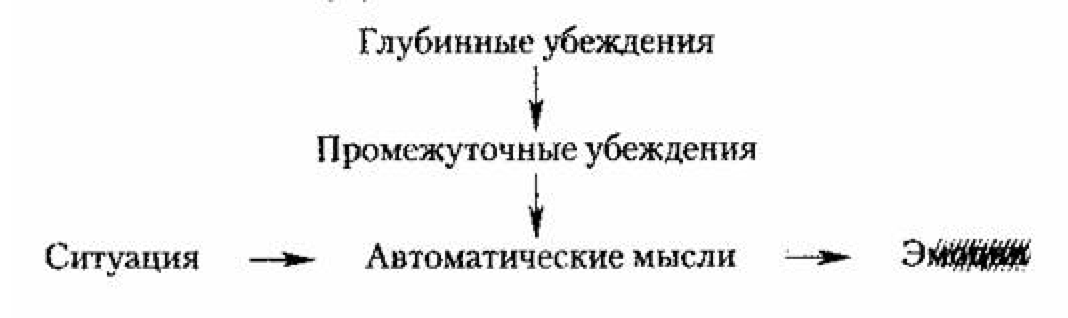
Откуда берутся глубинные и промежуточные убеждения? С раннего детства люди стремятся постичь окружающий мир. Чтобы адаптироваться к различным обстоятельствам и организовать свой опыт в определенную систему, они ищут в происходящем с ними логические взаимосвязи (Rosen, 1988). Взаимодействие с миром и другими людьми приводит к формированию и усвоению определенных выводов, то есть убеждений, точность и функциональность которых могут варьироваться. Особо важен для когнитивного терапевта тот факт, что человеку под силу отказаться от дисфункциональных убеждений и приобрести новые, которые будут более функциональными и реалистичными. Этой цели можно достичь в процессе когнитивной терапии.

В большинстве случаев первоначальное внимание терапевта обращено на автоматические мысли пациента, которые ближе всего к сознательному уровню. Чтобы улучшить самочувствие пациента и обнадежить его, терапевт учит его выявлять, оценивать и наменять проблемные мысли. И лишь затем терапевт обращается к убеждениям, которые поддерживают дисфункциональные идеи. Значимые промежуточные убеждения и глубинные убеждения подвергаются всестороннему анализу и затем изменяются, с тем чтобы изменилось

восприятие пациентом себя, других людей и окружающего мира. Эти глубинные изменения снижают вероятность рецидива расстройства в будущем (Evans и др., 1992; Hollon, DeRubeis, & Seligman, 1992).

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОВЕДЕНИЯ И АВТОМАТИЧЕСКИХ МЫСЛЕЙ

Когнитивную модель, как мы пояснили ранее, графически можно представить следующим образом.




В определенной ситуации скрытые убеждения человека (глубинные и промежуточные) влияют на восприятие им этой ситуации, вследствие чего возникают автоматические мысли, характерные именно для этой ситуации. Эти мысли в свою очередь обуславливают эмоциональную реакцию.

Более того, автоматические мысли также формируют поведение и часто бывают причиной физиологического ответа организма, как это показано на рис. 2.1.

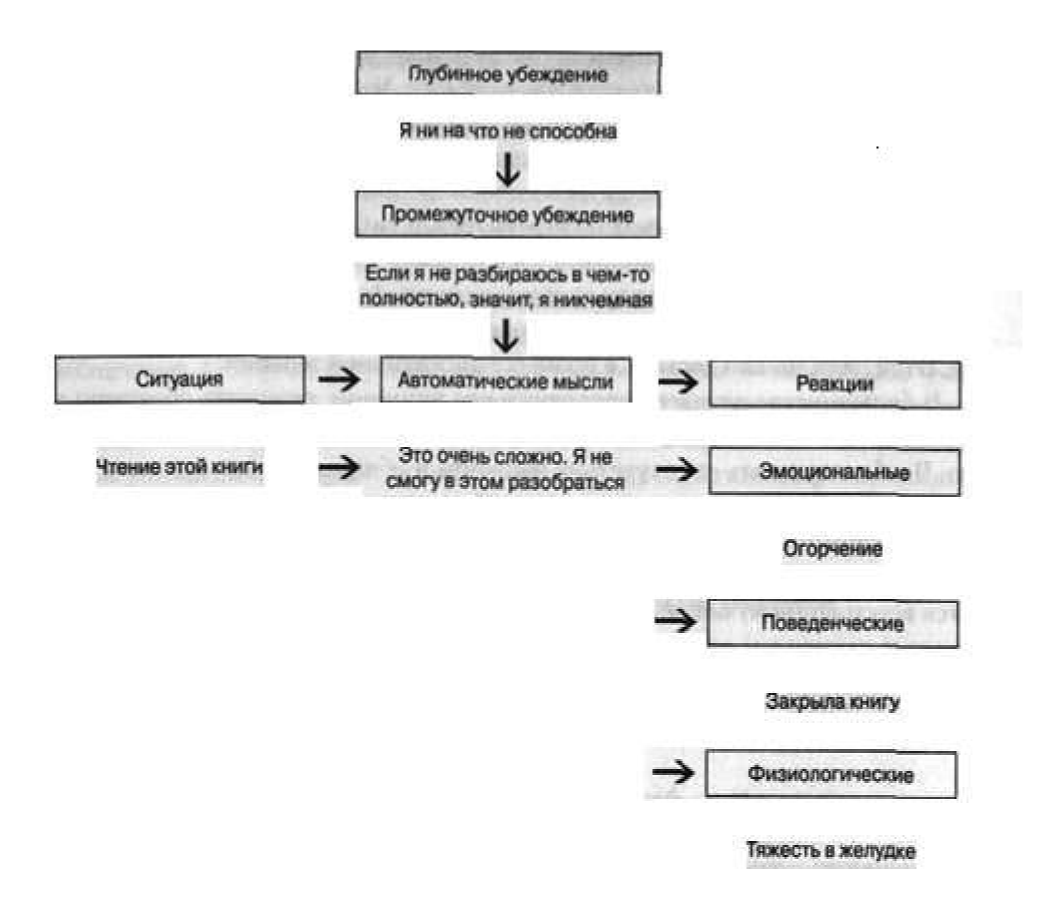



**Рис. 2.1.** Когнитивная модель

Читатель, который думал: "Это очень сложно. Мне никогда в этом не разобраться", не просто огорчен, он испытывает чувство тяжести в животе и закрывает книгу. Конечно, если бы он умел *оценивать* свое мышление, то его эмоции, физиологическое состояние и поведение могли бы оказаться совсем другими. Например, он мог ответить своим мыслям так: "Минуточку! Возможно, это действительно трудно, но вовсе *не* невыполнимо. Я не раз разбирался в материалах подобной степени сложности. Если я проявлю настойчивость, я справлюсь". Ответив так своим мыслям, он преодолел бы свое огорчение и спокойно продолжил чтение.

Но почему у читателя Д возникли мысли, из-за которых он огорчился, а у его соседа - нет? Потому что восприятие им ситуации было обусловлено глубинными убеждениями в собственной неспособности.

Как мы объяснили в начале этой главы, терапевту следует концептуализировать трудности пациента в когнитивных терминах.

Это даст ему возможность определиться в отношении дальнейшего хода терапии, сформулировать цели, успешно работать с автоматическими мыслями, убеждениями или

повелением пациента; выбирать подходящие техники и формировать терапевтический альянс. Главный вопрос, который должен задать себе терапевт: "Почему этот человек сидит передо мной? В чем он уязвим? Как он компенсировал свои слабости, как справлялся с ними? Какие жизненные события (травмы, опыт, взаимодействие) оказали на него влияние? Какие автоматические мысли возникают у него и какими убеждениями они вызваны?"

Чтобы проявить по отношению к пациенту эмпатию - не только понять, что он чувствует, но и донести это понимание до пациента, - терапевт должен взглянуть на мир его глазами. Терапия окажется успешной лишь тогда, когда учтена личная история пациента и система его убеждений, приняты в расчет особенности его восприятия, образ мыслей, эмоций и поведения.

Относитесь к процессу терапии как к путешествию, в котором концептуализация выполняет функцию дорожной карты. Вначале терапевт и пациент обсуждают цели терапии ("пункт назначения"). Туда ведет множество путей и дорог; например, можно двигаться по скоростной трассе или по проселочным ухабистым дорогам. Иногда, столкнувшись с препятствием, приходится менять первоначальный план путешествия и идти в обход. Приобретая опыт в концептуализации, терапевт постепенно наносит на "карту" мелкие детали, делает ее более подробной и точной, чем добивается большей целесообразности и эффективности терапии. (Тем не менее предостерегаем начинающих терапевтов от излишней самоуверенности. Вначале имеет смысл предположить, что, возможно, терапию не удастся осуществить самым лучшим способом.)

Концептуализация начинается на первой сессии и уточняется (дополняется) на каждой последующей, вплоть до завершения терапии. Основываясь на первоначально предоставленной ему информации, терапевт формулирует гипотезу относительно пациента. На основе новых данных он подтверждает гипотезу, опровергает ее или корректирует. Концептуализация, таким образом, не является жесткой структурой, она подвижна.

На определенном этапе терапевт представляет свою гипотезу пациенту и просит оценить ее достоверность. В большинстве случаев, если гипотеза правомерна, пациент подтверждает ее: соглашается, что картина, нарисованная терапевтом, соответствует истинному положению дел.

## ПРИМЕР СЛУЧАЯ

Салли - 18-летняя студентка первого курса колледжа - обратилась за помощью в связи с постоянно подавленным настроением, тревожностью и чувством одиночества. Терапевт диагностировал у Салли депрессию средней степени тяжести, которая началась четырьмя месяцами раньше, в первый месяц учебы в колледже.

Большинство вопросов, на которые пришлось ответить Салли, были стандартными, помимо нескольких, которые помогли терапевту начать построение когнитивной концептуализации. Например, терапевт спросил Салли, когда она чувствует себя хуже всего - в каких ситуациях и в какое время суток. Девушка ответила, что хуже всего ей по вечерам, когда она ложится в постель и старается уснуть. Терапевт уточнил: *"А о чем вы думаете, когда стараетесь уснуть? Какие мысли вас посещают?"*

Салли сообщила, что мысли обычно такие: "Я никогда не закончу курсовую работу", "Меня отчислят из колледжа за неуспеваемость", "Я ничтожество и ничего в жизни не достигну". Салли также рассказала, что часто представляет себя с чемоданом в руке, устало бредущую по улицам без цели. Она видит себя подавленной, она в отчаянии! Так, уже на первой сессии, терапевту удается выявить важные автоматические мысли пациентки.

В дальнейшем терапевт дополняет сформулированную им первоначальную модель концептуализации, используя при этом рабочий бланк терапевтического случая (приложение А) и диаграмму концептуализации (см. главу 10, рис. 10.2).

## ГЛУБИННЫЕ УБЕЖДЕНИЯ САЛЛИ

Будучи ребенком, Салли старалась понять себя, других людей и окружающий мир. Ее убеждения сформировались на основе се собственного опыта, взаимодействия с окружающими, непосредственных наблюдений, а также явных и скрытых посланий, полученных от других людей.

Например, старший брат Салли был очень способным. Его достижения не шли ни в какое сравнение с успехами младшей сестры. Так Салли начала верить (хоть и никогда об этом не говорила), что она

ни на что не способна и - в целом - никчемна. Во всем, что она делала, Салли сравнивала себя со своим братом, и неизменно не в свою пользу. Ее часто посещали такие мысли: "Я рисую хуже его", "Он ездит на велосипеде лучше меня", "Я никогда не научусь читать так хорошо, как он".

Подобные дисфункциональные убеждения формируются далеко не у всех детей, имеющих старших братьев или сестер. Но взгляды Салли поддерживала и даже усиливала ее мать, которая слишком часто осуждала и критиковала свою дочь: "Ты бестолковая девчонка! Неужели ничего не можешь сделать как положено?", "У твоего брата отличный табель, а ты? Из тебя ничего путного не выйдет!". Как и большинство детей, Салли придавала большое значение таким словами, поскольку верила, что мама во всем права. Критика, а также прямые и косвенные обвинения в неспособности сделали свое дело: Салли в конце концов совершенно уверилась в том, что она - ничтожество.

Во время учебы в школе Салли постоянно сравнивала себя с одноклассниками. Хотя успеваемость ее была выше средней, Салли сравнивала себя только

с лучшими учениками, разумеется, снова не в свою пользу. Она думала: "Он учатся лучше меня", "Я никогда не разберусь в этой теме так хорошо, как они". Таким образом, убеждение в собственной неполноценности укреплялось ещё больше. Зачастую Салли не замечала фактов, которые противоречили ее убеждению, или преуменьшала их значимость. Получив хорошую оценку по контрольной работе, Салли рассуждала: "Просто задания оказались очень легкими". Она начала заниматься бальными танцами и скоро стала одной из лучших в своей группе. При этом она думала: "Я никогда не научусь танцевать так, как наша преподавательница".

Салли давала событиям негативные интерпретации, подтверждающие её дисфункциональные убеждения. Например, когда мать кричала на Салли из за табеля со средними оценками, обвиняя дочь в непроходимой тупости, Салли думала: "Мама, конечно же, права. Я полная дура и бестолочь". Все происходящие с ней негативные события девочка воспринимала как доказательство собственной неполноценности. К тому же, добиваясь успехов (например, побед; в школьном танцевальном конкурсе), Салли часто

преуменьшала свою роль в случившемся: "Мне просто повезло. Это произошло по счастливой случайности".

Так, год за годом, негативное глубинное убеждение Салли в собственной неспособности и никчемности укреплялось. Тем не менее, оно не стало твердым, как скала. Отец Салли поддерживал ее и не боялся похвалить. Например, когда он учил дочь играть в баскетбол, то предпочитал не порицать ее за не удачи, а напротив, поощрять за удачные попытки. "Хорошо... отличный удар! У тебя получилось... Так держать, Салли!" Некоторые школьные учителя тоже хвалили Салли за хорошо выполненные задания. У девочки сложились хорошие отношения со сверстниками. Салли видела, что стоит ей потрудиться, и многое получалось у нее лучше, чем у ее друзей (например, игра в баскетбол) Итак, у Салли сформировалось также и уравновешивающее позитивное убеждение в том, что хоть в чем-то она может быть успешной.

Другие глубинные убеждения Салли, касающиеся окружающего мира и людей, были в основном позитивными и функциональными. В целом она воспринимала людей как дружелюбных, заслуживающих доверия и принимающих ее, а мир - как относительно безопасное, стабильное и предсказуемое место.

Итак, глубинные взгляды Салли на себя, окружающих и мир являются базовыми убеждениями, которые она не осознавала до тех пор, пока не обратилась за помощью к когнитивному терапевту. Обычно более активным были позитивные убеждения, но с началом депрессии начинали доминировать негативные глубинные убеждения.

## ОТНОШЕНИЯ, ПРАВИЛА И ПРЕДПОЛОЖЕНИЯ САЛЛИ

Промежуточные убеждения Салли, включающие отношения, правила и предположения, были менее прочными структурами по сравнению с ее глубинными убеждениями. Эти промежуточные убеждения сформировались у нее таким же образом, как и глубинные убеждения: по мере развития Салли и ее попыток понять мир, окружающих, себя. Благодаря взаимодействию со значимыми людьми (особенно с членами ее семьи) у Салли сформировались следующие отношения и правила.

"Я должна добиваться успеха во всем, что делаю".
"Я должна все выполнять наилучшим образом".
"Нельзя давать себе поблажки".

Как и в случае с глубинными убеждениями, Салли не смогла бы четко выразить эти установки. Однако промежуточные убеждения оказывали большое влияние на ее мышление и поведение. Например, в старших классах школы Салли отказалась участвовать в выпуске школьной стенной газеты (хотя на самом деле ей было очень интересно), поскольку опасалась, что не сможет писать достаточно хорошие статьи. Накануне экзаменов Салли всегда тревожилась (ожидая, что ее постигнет неудача) и испытывала чувство вины (порицая себя за то, что упустила время и не подготовилась как следует).

Когда в ее сознании господствовали позитивные глубинные убеждения, девушка относилась к себе гораздо лучше, хотя никогда не считала себя полноценной, успешной и удачливой. У Салли сформировалось предположение: "Если я буду очень стараться, я преодолею свою неспособность и буду учиться хорошо". Но во время депрессии это предположение не действовало, и Салли заменяла его другим: "У меня столько недостатков, что у меня никогда ничего не получится".

## ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ САЛЛИ

Уверенность в собственной неполноценности всегда причиняла Салли эмоциональную боль, для защиты от которой она выработала определенные поведенческие стратегии. Следуя своим промежуточным убеждениям, Салли чрезвычайно старательно училась в школе и не щадила себя, занимаясь спортом. Особенно тщательно она готовилась к экзаменам. Также она проявляла повышенную бдительность в отношении фактов, подтверждающих ее неспособность, и удваивала свои усилия в случае неудачи. Из страха обнаружить свою неполноценность перед окружающими Салли крайне редко обращалась за помощью.

## АВТОМАТИЧЕСКИЕ МЫСЛИ САЛЛИ

Хотя Салли не могла бы четко сформулировать свои глубинные и промежуточные убеждения, она, как минимум, осознавала свои автоматические мысли, возникавшие в определенных ситуациях. В старших классах школы (когда v нее еще не было депрессии), она решила записаться в секцию женского софтбола и хоккея. Ее приняли в секцию софтбола, и она подумала: "Отлично! Теперь я попрошу папу позаниматься со мной". И когда ее не приняли в хоккейную команду, Салли была разочарована, но не обвиняла себя в никчемности.

Однако в колледже у Салли началась депрессия. И однажды, когда студенты, живущие в ее общежитии, решили провести дружеский бейсбольный матч подавленное состояние Салли повлияло на ее мышление: "Я играю плохо. Я не сумею забить мяч". Получив оценку "удовлетворительно" на экзамене по английской литературе, Салли подумала: "Я дура. Наверное, я не закончу даже первый курс. Меня вышвырнут из колледжа".

Подводя итог, отметим, что в старших классах школы, когда у Салли не было депрессии, в ее сознании доминировали позитивные глубинные убеждения, благодаря которым ее мысли отражали реальность. С поступлением в колледж (и началом депрессии) активизировались негативные глубинные идеи Салли, из-за чего она стала смотреть на мир словно сквозь замутненное стекло. Она во всем видела негативный подтекст, а ее депрессивные мысли зачастую не отражали реальность. Эти искаженные мысли повлияли на поведение Салли, и она стала вести себя как человек, обреченный на провал. Неудивительно, что девушка сполна получала дополнительные доказательства собственной неполноценности и неспособности.

## ПРИЧИНЫ ДЕПРЕССИИ У САЛЛИ

Почему у Салли возникла депрессия? Безусловно, свою роль сыграли ее негативные убеждения. Едва поступив в колледж, Салли пережила несколько ситуаций, которые интерпретировала крайне негативно. Одно из этих происшествий случилось уже в первую неделю учебы. Она разговаривала с несколькими однокурсниками, которые рассказывали о том, что благодаря сертификатам, полученным еще в школе, в колледже их освободили от посещения занятии нескольким основным дисциплинам. Салли, у которой не было

никаких сертификатов, подумала, что эти студенты, должно быть, намного способнее ее. На занятии по экономике профессор подчеркнул, что просит студентов выполнять все его требования по данному курсу, и в голове у Салли пронеслась мысль: "Я не смогу провести исследование". Девушка не разобралась в материале первой главы учебника по статистике, и ее охватило отчаяние: "Если мне непонятна первая глава, как я буду учиться дальше?!"

Таким образом, Салли привыкла интерпретировать события и ситуации в самом мрачном свете, основываясь на своих негативных убеждениях. Она не анализировала свои депрессивные мысли, а принимала их на веру. К развитию депрессии привели не мысли и убеждения. Однако с началом расстройства эти когнитивные установки стали играть ведущую роль и жестко обуславливали ее подавленное состояние. Депрессия же возникла вследствие совокупности биологических и психологических факторов.

Например, с каждым днем у Салли возникало все больше удручающих мыслей в отношении себя. Ее одолела тоска. Она накинулась на учебу и проводила непозволительно много времени за учебниками. Но концентрация внимания у Салли снизилась, и она чувствовала, что "все впустую". Обвинив во всех своих бедах себя, Салли ощутила полную безнадежность: "Что со мной происходит? Я не должна этого чувствовать. Почему мне так плохо? Что же мне делать?" Салли начала избегать общества сокурсников и перестала звонить старым друзьям, которые всегда ее поддерживали. Она прекратила занятия бегом и плаванием, которые дарили ей чувство успеха и удовлетворения достигнутым. Теперь Салли испытывала острую нехватку позитивных ощущений. Наконец у девушки пропало не только желание двигаться, но и аппетит и сон. Она полностью обессилела. Возможно, у нее была генетически обусловленная предрасположенность к депрессии, однако ее восприятие ситуаций и поведение в различных обстоятельствах способствовали обострению биологической и психологической уязвимости, что и привело к возникновению расстройства.

## ВЫВОДЫ

Концептуализация пациента в когнитивных терминах необходима для того, чтобы определить наиболее целесообразный и эффективный способ лечения, а также проявить по отношению к пациенту эмпатию - главный компонент, необходимый для установления хороших рабочих отношений. Вопросы, помогающие осуществить концептуализацию, таковы.

• Что привело к развитию расстройства у пациента?

• Какие в его жизни были значимые события, опыт и взаимодействие с окружающими?

• Каковы основные (глубинные) убеждения пациента в отношении себя, мира и людей?

• Каковы его предположения, ожидания, правила и отношения (промежуточные убеждения)?

• Какие стратегии использует пациент, чтобы справиться с влиянием негативных убеждений?

• Благодаря каким автоматическим мыслям, образам и поведению существует это расстройство?

• Как убеждения пациента проявляются в различных жизненных ситуациях и делают пациента уязвимым - подверженным данному расстройству?

• Что происходит в жизни пациента в настоящее время и как он это воспринимает?

Итак, концептуализация начинается уже на первой терапевтической сессии и продолжается в дальнейшем, подвергаясь изменениям при получении новых сведений. Терапевт формулирует гипотезу, основываясь на полученных им первоначальных сведениях о пациенте, используя самые очевидные объяснения и воздерживаясь от интерпретаций и догадок, которые не основаны на фактических данных. По ключевым вопросам терапевт проверяет модель концептуализации с пациентом, чтобы убедиться в се точности и помочь пациенту понять себя и свои трудности. Мы подчеркиваем значение процесса концептуализации на протяжении всей книги; в главах 10 и 11 мы показываем, как жизненные события формируют понимание пациентом себя и окружающего мира.

# ГЛАВА 3 СТРУКТУРА ПЕРВОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЕССИЙ

Главная цель когнитивного терапевта - сделать процесс терапии понятным как для самого терапевта, так и для пациента. Терапевт также стремится к тому, чтобы лечение было максимально целесообразным. Соблюдение определенного формата сессий (наряду с введением пациента в основы терапии) способствует достижению этих целей.

Большинство пациентов чувствуют себя комфортнее, когда понимают, чего ожидать от терапии, когда им ясны их обязанности, так же как и полномочия терапевта, и когда они представляют, каким образом будет осуществляться терапия (как в рамках одной сессии, так и в целом - курса лечения). Терапевт стремится к тому, чтобы максимально ясно и доступно объяснить пациенту структуру сессий и затем строго придерживаться установленного формата.

Опытные терапевты, которые не привыкли намечать программу работы и структурировать сессии, как мы описываем в этой главе, часто называют этот основополагающий принцип когнитивной терапии обременительным. Дискомфорт зачастую возникает из-за негативных предположений; "Пациент будет недоволен", "Пациент почувствует, что его контролируют", "Отвлекаясь на несущественное, я упущу значимые сведения", "Это очень жесткая стратегия". Мы советуем таким терапевтам провести эксперимент: испытать структурирование, как это предусмотрено принципами когнитивной терапии, и оценить результаты. Первоначальные неудобства могут быть вызваны более жесткими рамками работы, нежели те, к которым вы привыкли, но со временем вы убедитесь, что процесс терапии обрел второе дыхание, а достигнутые результаты вдохновят вас на дальнейшее развитие и совершенствование в качестве когнитивного терапевта.

В когнитивной терапии основными элементами каждой сессии являются:

• краткая оценка текущего состояния клиента, включающая оценку эмоционального состояния и результатов (последствий) медикаментозного лечения;

• установление связи данной сессии с предыдущей;
• определение повестки дня;
• анализ домашнего задания;
• работа согласно повестке дня;
• определение нового домашнего задания;
• заключительное подведение итогов;
• обратная связь.

Опытные когнитивные терапевты могут время от времени отступать от этого стандартного формата, но новичку для более эффективной работы следует на каждой сессии строго придерживаться установленной структуры.

Эта глава посвящена структуре первой терапевтической сессии, а в следующей главе представлена общая структура последующих сессий. Трудностям, с которыми сталкивается терапевт при структурировании сессий, и путям их преодоления посвящена глава 5.

## ЦЕЛИ И СТРУКТУРА ПЕРВОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЕССИИ

Перед началом первой сессии терапевт знакомится с результатами первично го обследования пациента. Доскональное диагностическое обследование необходимо для планирования эффективного лечения, поскольку наличие расстройств по Осям 1 и 2 (согласно DSM-IV-TR) определяет изменения стандартной когнитивной терапии для данного пациента (см. главу 16). Знакомство с актуальными жалобами и проблемами пациента, с его текущим состоянием симптомами и жизненным опытом позволяет терапевту сформулировать первичную модель концептуализации пациента и общий план терапевтической вмешательства. Терапевт может набросать на бланке для заметок (см. главу 4, рис. 4.3) вопросы повестки дня, которые он считает нужным затронуть во время первой сессии.

Вот возможные цели терапевта для первой сессии.

1. Установление доверия и раппорта.

2. Знакомство пациента с когнитивной терапией.

3. Объяснение пациенту природы его расстройства, когнитивной модели и процесса когнитивной терапии.

4. Упорядочение жалоб пациента, определение круга его проблем и внушение ему надежды на успех терапии.

5. Выявление (и, если необходимо, коррекция) ожиданий пациента в отношении терапии.

6. Получение дополнительной информации о пациенте.

7. Использование дополнительной информации для составления списка целей пациента.

Рекомендуемая структура первой сессии, способствующая достижению этих целей, такова.

1. Определение повестки дня (с логическим обоснованием ее целесообразности).

2. Оценка состояния пациента с применением объективных методов, оценочных шкал и тестов.

3. Выслушивание жалоб пациента и соотнесение их с результатами первичного обследования.

4. Распознавание проблем пациента и определение целей терапии.

5. Обучение пациента когнитивной модели.

6. Выявление ожиданий пациента в отношении терапии.

7. Разъяснение пациенту природы его расстройства.

8. Определение домашнего задания.

9. Подведение итогов.

10. Обратная связь.

Если пациент в связи с определенными психологическими проблемами принимает медикаменты, когда прием медикаментов необходим, либо если он злоупотребляет алкоголем или принимает наркотики, терапевт также включает обсуждение этих важных фактов в повестку дня.

Прежде чем перейти к рассмотрению каждого элемента первой сессии, следует сделать предупреждение. Если пациент ощущает безнадежность или высказывает суицидальные намерения, цели и формат первой сессии (и любой другой) необходимо изменить. В этом случае задача первостепенной важности - оценить степень суицидальных намерений, выяснить, почему пациент ощущает безнадежность, и вселить в него надежду (Beck и др., 1979; Frarmouw, dePerczel, & Ellis, 1990; Freeman, Pretzer, Fleming, & Simon, 1990). Необходимость в кризисном вмешательстве выходит на первый план и

в том случае, если пациент находится в опасности или представляет потенциальную угрозу для окружающих.

На первой сессии терапевт начинает устанавливать отношения доверия и раппорта с пациентом. Если у пациента отсутствуют личностные расстройства, этот процесс обычно не вызывает каких-либо существенных затруднений. В том случае, если пациент имеет только диагноз по Оси 1, терапевту обычно нет необходимости выражать эмпатию путем вербализации большого количества прямых утверждений. Вместо этого ему следует демонстрировать свои обязательства по отношению к пациенту и глубину своего понимания тоном голоса, выражением лица, позами и жестами.

Косвенные, а иногда и прямые сообщения терапевта должны выражать следующее:

• о пациенте заботятся и его ценят;

• терапевт уверен в возможности сотрудничества, а также в том, что сумеет помочь пациенту и научит его быть терапевтом самому себе;

• терапевт действительно желает вникнуть в проблемы пациента и буквально "влезть в его шкуру";

• терапевта не поразил масштаб проблем пациента (возможно, *сам пациент,* считает свои трудности "неподъемными");

• терапевт работал с пациентами, испытывающими те же трудности, что и этот пациент;

• терапевт уверен, что когнитивная терапия - самый подходящий в данном случае вид лечения и состояние пациента, несомненно, улучшится.

Кроме того, в конце каждой сессии терапевт выясняет, каково восприятие пациентом терапевтического процесса и его самого как терапевта. Получение честной обратной связи помогает укрепить терапевтический альянс. Обратная связь помогает терапевту оценить, удалось ли ему выразить по отношению к пациенту эмпатию, продемонстрировать свою компетентность и заботу, а также исправить *на раннем этапе* все заблуждения пациента. Большинство пациентов рады редкой возможности дать обратную связь профессионалу; они делают вывод о важности собственной роли в терапии и своем влиянии на процесс лечения. Иногда мнения пациента и терапевта по поводу происходящего я терапевтической сессии расходятся; вероятность того, что у них обоих будет возможность исследовать эти

важные моменты, возрастает, если терапевт вдумчив, отказался от защитной позиции и постоянно (по ходу и в конце каждой сессии) интересуется мнением пациента о происходящем.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОВЕСТКИ ДНЯ

Как уже упоминалось, на первой сессии необходимо познакомить пациента с когнитивной терапией. Как и с другими техниками, вначале желательно дать пациенту краткое логическое обоснование.

Терапевт: Для начала я предлагаю определить повестку дня, или программу нашей работы, - то есть решить, о чем мы сегодня будем говорить, и при этом не упустить важные моменты. Мы будем делать это перед началом каждой сессии. Итак, приступим. У меня есть несколько предложений, а когда мы обсудим их, вы, если захотите, сможете что-то добавить. Хорошо?

Пациент: Да.

Т: Первая сессия немного отличается от последующих, потому что нам надо познакомиться и обсудить очень много вопросов. Для начала я хотел бы поговорить о вашем самочувствии. Затем - услышать, как вы решились на терапию, чего вы ждете от нее, каковы ваши основные жалобы и проблемы. Вы согласны с этим?

П: Гм… да.

Т: Еще я хотел бы узнать, что вам известно о когнитивной терапии. А я объясню, как мы будем работать. Затем мы определим, в чем будет заключаться ваше домашнее задание, и в конце я подведу итог: резюмирую, что мы обсудили, и попрошу у вас обратную связь - мнение о прошедшей сессии... Хотите что-нибудь добавить к этой повестке дня?

П: Да. У меня есть несколько вопросов о моем диагнозе. И еще. Как долго продлится терапия?

Т: Отлично! Я запишу ваши вопросы, чтобы не забыть к ним сегодня вернуться. *(Записывает.)* Вы увидите, что я буду часто браться за ручку и бумагу во время нашей сессии. Я не хочу упустить важные детали... Итак, еще что-то по поводу сегодняшней повестки дня?

П: Нет, это все.

Т: Если вы вспомните еще о чем-нибудь важном в процессе работы, обязательно дайте мне знать.

Повестку дня следует определять быстро и кратко. Предоставление логического обоснования делает терапию понятнее для пациента и побуждает его активно участвовать в структурированном, продуктивном процессе.

Отсутствие четко установленной повестки дня приводит к непродуктивной трате времени: в первую очередь, к пустым разговорам, не позволяющим терапевту и пациенту сосредоточиться на вопросах, имеющих для последнего первоочередное значение. Терапевт снова затрагивает тему определения повестки дня, когда назначает домашнее задание. В качестве домашнего задания можно предложить пациенту определить (и назвать) ситуацию или проблему, которую он хочет рассмотреть на следующей сессии (и, возможно, записать ее). Большинство пациентов с готовностью подхватывают идею определения повестки дня. В главе 5 описаны стратегии, которые помогут наметить повестку дня в проблемных ситуациях.

## ОЦЕНКА НАСТРОЕНИЯ

Определив на первой сессии повестку дня, терапевт кратко оценивает настроение пациента. Помимо еженедельного субъективного отчета пациента, терапевт пользуется результатами объективных опросников, таких как Шкала депрессии Бека *(Beck Depression Inventory),* Шкала тревоги Бека *(Beck Anxiety Inventory)* и Шкала безнадежности Бека *(Beck Hopelessness Inventory Scale) (см.* приложение Г). Внимательно изучая результаты этих тестов, терапевт выявляет проблемы, не озвученные пациентом: нарушения сна, снижение сексуального тонуса, ощущение себя ничтожеством, возросшая раздражительность и т.д.

Если объективные тесты провести невозможно, терапевт на первой сессии обучает пациента оценивать свое состояние по шкале 0-100. ("Вспомните, как вы провели предыдущую неделю. Как вы можете оценить интенсивность вашей депрессии (тревожности, злости или любых других актуальных проблем) по шкале от 0 до 100, где 0 означает полное отсутствие депрессии, а 100 - наиболее ярко выраженную депрессию, которую вы когда-либо испытывали или можете себе представить".) Приведем пример, в котором терапевт перешел от обсуждения повестки дня к оценке настроения пациента.

Т: Итак, продолжим. Как насчет то го, чтобы поговорить о вашем состоянии в последнюю неделю? Я просмотрю результаты ваших тестов, *(Просматривает.)* Кажется, вы по-прежнему чувствуете себя подавленной, тревожность также на прежнем уровне. Цифры почти не изменились по сравнению с первичным обследованием. Это так?

П: Да, мне очень плохо, как и раньше.

Т: *(Предоставляет логическое обоснование.)* Я предлагаю вам приходить на каждую сессию на пять минут раньше и выполнять эти три теста. Результаты расскажут мне, как вы чувствовали себя на прошедшей неделе, хотя я всегда буду просить вас описать самочувствие своими словами. Вы согласны?

П: Да.

Учитывая общий результат объективных тестов, терапевт определяет значимые моменты, которые необходимо включить в повестку дня. Особое внимание он обращает на жалобы и симптомы пациента, связанные с чувством безнадежности и суицидальными намерениями. Он также может графически отобразить результаты тестов на шкале от 0 до 100, чтобы изменения состояния пациента были очевидны для обоих (см. рис. 3.1).

Если пациент отказывается заполнять бланки, терапевт выносит это отдельным пунктом повестки дня, чтобы в процессе терапии помочь пациенту распознать и оцепить его автоматические мысли о заполнении диагностических бланков.

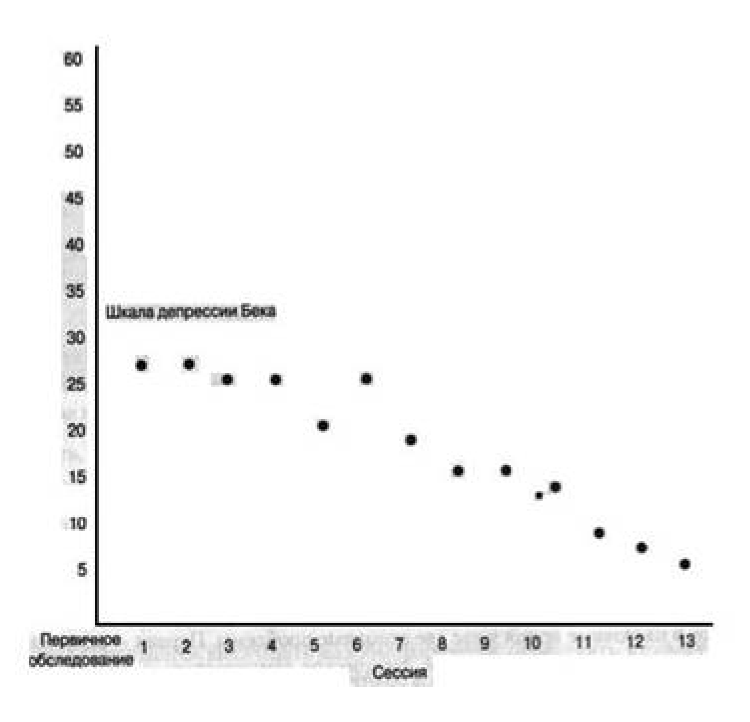



**Рис. 3.1.** Графическое отображение результатов теста (Шкала депрессии Бека),
выполненного Салли

## ЗНАКОМСТВО С ЖАЛОБАМИ ПАЦИЕНТА, ВЫЯВЛЕНИЕ ЕГО ТЕКУЩИХ ПРОБЛЕМ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕЛЕЙ ТЕРАПИИ

На этом этапе первой сессии терапевт выслушивает жалобы пациента и его представление о волнующей его проблеме. Вначале он просит пациента ввести его в курс дела, после чего приступает к обсуждению отдельных проблем. Затем, в качестве логического продолжения, терапевт предлагает пациенту трансформировать озвученные проблемы в цели терапии.

Т: *(Подводит первые итоги.)* Итак, мы определили повестку дня и оцепили ваше настроение. А сейчас я хочу убедиться, что правильно понял цель вашего обращения за помощью. Я ознакомился с результатами первичного обследования и узнал, что на протяжении последних четырех месяцев вы находитесь в подавленном состоянии и что это началось вскоре после того, как вы поступили в колледж.

Также у вас повышена тревожность, но это беспокоит вас в меньшей степени, чем депрессия. Правильно?

П: Да, я плохо себя чувствую.

Т: Произошло ли что-нибудь важное с того момента, как вы прошли первичное обследование? То, о чем мне следовало бы знать? д. Нет, ничего. Все идет по-старому.

Т: Расскажите, пожалуйста, что конкретно вас беспокоит? Мне важно услышать это от вас.

П: О, я не знаю... У меня не жизнь, а сплошное мучение. Я плохо учусь, Хуже всех. Я постоянно плохо себя чувствую. Я очень устаю. У меня плохое строение. Иногда мне хочется бросить все это...

Т: Возникали ли у вас мысли о причинении себе вреда?

*(Терапевт осторожно прощупывает почву в отношении суицидальных идей, случае если они присутствуют, ему придется сконцентрироваться непосредственно па чувстве безнадежности пациента..)*

П: Нет. Мне просто хотелось бы избавиться от всех своих проблем.

Т: Кажется, вы действительно подавлены всем этим.

П: Да. И я не знаю, как мне быть.

Т: *(Помогает девушке сосредоточиться и посмотреть на проблему более реалистично, представить ее в виде, который поддается решению.)* Итак, похоже, в настоящее время у вас две основные проблемы. Первая - ваша плохая успеваемость, а вторая - плохое физическое самочувствие и подавленность, существуют ли другие проблемы?

П: *(Пожимает плечами.)*

Чего вы хотите достичь в процессе терапии? Как вы желаете изменить свою жизнь?

П: Я хочу быть счастливой, хочу лучше себя чувствовать...

Т: *Побуждает пациентку выразить в поведенческих терминах, что означает "быть счастливой" и "лучше чувствовать себя".)* А если бы вы, были счастливой и чувствовали себя лучше, что бы вы делали?

П: Я бы лучше училась... Больше общалась с друзьями... Участвовала бы в разных мероприятиях, как это было в школе. Я бы перестала все время беспокоиться, радовалась бы жизни и не чувствовала себя одинокой.

Т: *( Побуждает пациентку активнее участвовать в процессе определения целей.)* Хорошо. Все, что вы перечислили, может быть достойными целями. Не хотите ли записать их на этом листе самокопировальной бумаги, чтобы каждый из нас получил по копии?

П: Хорошо. А что я должна написать?

Т: Сверху укажите дату и напишите название: "Список целей"... Какая первая цель? *(Помогает пациентке составить список целей, сформулированных в поведенческих терминах.)*

Список целей - 1 февраля

1. Улучшить успеваемость.
2. Меньше волноваться перед экзаменами
3. Больше общаться с друзьями,
4. Участвовать в разных мероприятиях.

Т: В качестве домашнего задания предлагаю вам просмотреть этот список и подумать, не хотите ли вы его дополнить.

П: Хорошо.

Т: Прежде чем мы продолжим, я подведу краткий итог того, чего нам удалось достичь. Мы определили повестку дня, проанализировали результаты ваших диагностических тестов, поговорили о причинах вашего обращения за помощью и начали составлять список целей.

Терапевту удалось выслушать жалобы пациентки, определить, что девушка не имеет суицидальных намерений и что со времени первичного обследования ее состояние не изменилось. Кроме того, терапевт помог пациентке трансформировать отдельные проблемы в цели терапии. Если бы терапевт выявил суицидальные мысли, важные новые сведения или процесс определения проблем и целей проходил с затруднениями, ему пришлось бы уделить больше времени этой стадии первой сессии (но, безусловно, у него осталось бы меньше времени на остальные пункты повестки дня).

Предлагая пациенту записывать, терапевт побуждает его к более активному участию в терапевтической работе. (Необходимо использовать самокопировальную бумагу или делать для себя ксерокопии записей пациента.) Если пациент соглашается записывать ключевые моменты сессии, но испытывает затруднения, терапевт дает ему подсказки. Если пациент не может или твердо отказывается записывать, терапевт берет это на себя. Неграмотные пациенты и маленькие дети могут рисовать картинки; допустимо также делать

аудиозаписи сессий, а впоследствии прослушивать их, повторяя и обдумывая ключевые идеи терапии.

Терапевт также побуждает пациента определить основную цель терапии ("Я хочу быть счастливой, чувствовать себя лучше") в поведенческих терминах. Вместо того чтобы позволить дискуссии о целях занять большую часть

времени, отведенного на первую сессию, терапевт дает пациенту домашнее задание: уточнить и дополнить список целей. И наконец, прежде чем двигаться дальше, он подводит итог: чего им удалось достичь к настоящему моменту.

## ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА КОГНИТИВНОЙ МОДЕЛИ

Главная цель когнитивного терапевта - научить пациента быть терапевтом самому себе.

Уже на первой сессии терапевт выясняет (и в случае необходимости корректирует) представления пациента о данном направлении терапии. Используя собственный пример пациента, терапевт обучает его когнитивной модели и дает ему предварительные сведения о процессе терапии.

Т: Давайте поговорим о том, что вам известно о когнитивной терапии и как вы себе представляете процесс лечения.

П: Я знаю об этом лишь то, что сказал мне консультант.

Т: Что именно?

П: Надо говорить вам правду... Больше ничего не помню.

Т: Сейчас мы поговорим об этом подробнее. Во-первых, я хочу рассказать вам, как ваши мысли влияют на ваше самочувствие. Можете ли вы вспом-нить какой-нибудь эпизод из своей жизни, когда менялось ваше настроение? Когда вами внезапно овладевали тоска и подавленность?

П: Думаю, да.

Т: Расскажите, пожалуйста, об этом случае подробнее.

П: Я обедала со своими знакомыми и вдруг почувствовала, что нервничаю, ни обсуждали одну лекцию, которую я совершенно не поняла.

Т: Помните ли вы, о чем подумали еще перед тем, как начали нервничать, в тот момент, когда ваши знакомые заговорили о лекции?

П: Я подумала, что я ничего не понимаю, но пи за что в этом не признаюсь.

Т: (*Используя слова пациентки.)* Значит, ваши мысли были такими: "Я никогда ничего не понимаю" и "Ни за что в этом не признаюсь"?

П: Да.

Т: И поэтому вы разнервничались?

П: Да.

Знаете, это прекрасный пример влияния мыслей на эмоции. Давайте изобразим его графически. *(Помогает пациентке нарисовать схему, представленную на рис. 3.2, и обсуждает ее с девушкой.)* Вам все понятно? Восприятие

ситуации вызвало у вас определенные мысли, которые, в свою очередь, определили ваш эмоциональный "ответ".

П: Я понимаю.

Т: Давайте приведем еще какие-нибудь примеры, из недавних событий. Например, как вы чувствовали себя, когда ожидали начала сессии в холле?

П: Мне было грустно.

Т: А о чем вы думали?

П: Точно не помню.

Т: *(Старается оживить воспоминания пациентки.)* Представьте, что вы сидите в холле в ожидании начала терапии. Можете представить эту картину? Опишите обстановку, как будто это происходит прямо сейчас.

П: Я сижу в кресле около двери, напротив столика администратора. Входит женщина, она смеется. Она разговаривает с администратором. Она выглядит довольной, шутит... С ней все нормально.

Т: Как вы себя чувствуете?

П: Плохо. Мне грустно.

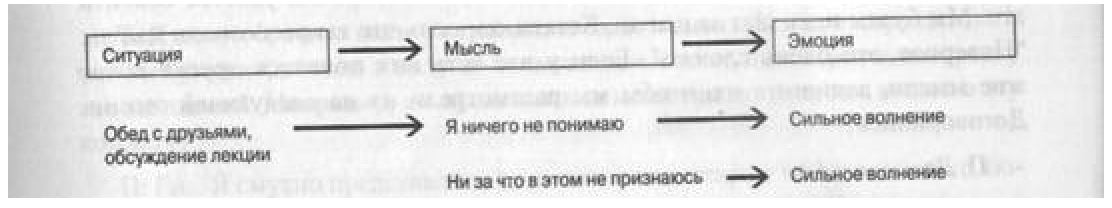


**Рис. 3.2.** Заметки Салли во время первой сессии: когнитивная модель

Т: О чем вы думаете?

П: Она счастлива. У нее нет депрессии. А я никогда не стану такой, как она.

Т: *(Закрепляет когнитивную модель.)* Итак, мы получили пример того, как мысль "Я никогда не стану такой, как она" влияет на ваши эмоции: вам стало грустно. Это понятно?

П: Да.

Т: Теперь объясните мне своими словами связь между мыслями и чувствами. *(Терапевт хочет убедиться, что пациентка способна вербализироватъ свое понимание когнитивной модели.)*

П: Похоже, мои мысли влияют на то, как я себя чувствую.

Т: Да, это действительно так. И я предлагаю вам проследить за своими мыслями, когда у вас меняется настроение. Хорошо? *(Побуждает пациентку закрепить навык, освоенный на первой сессии, о течение следующей недели)*

П: Угу.

Т: Запишите, пожалуйста, это обязательство на самокопировальной бумаге (чтобы каждый из нас получил экземпляр): "Когда я замечу, что мое настроение меняется, я спрошу себя, о чем я думаю, и запишу эти мысли". Как вы полагаете, почему я прошу вас записывать эти мысли?

П: Наверное, потому, что из-за них я чувствую себя плохо.

Т: Или они, как минимум, *способствуют* вашему плохому самочувствию. А еще - чтобы вы получили наглядное представление о когнитивной терапии. Позже мы будем много раз выявлять мысли, вызывающие ваши негативные эмоции, анализировать их и оценивать, насколько они *точны.* Подозреваю, что чаще всего эти мысли будут *не полностью* точными. Запишите это, пожалуйста, своими словами.

П: *(Пишет.)*

Т: Мы будем анализировать (оценивать) ваши мысли, и постепенно вы научитесь управлять своим мышлением.

П: Наверное, это очень сложно.

Т: Вначале так думают многие пациенты, но вскоре им удается освоить это. Мы будем идти шаг за шагом. Кстати, хорошо, что вы распознали мысль: "Наверное, это очень сложно". Если у вас есть или

появятся другие похожие мысли, запишите их, чтобы мы рассмотрели их на следующей сессии. Договорились?

П: Да.

Г: Как вы думаете, вам не будет сложно записывать мысли, как мы договорились? *(Проверяет, не ожидает ли пациентка каких-либо трудностей.)*

П: Нет. Я думаю, что справлюсь.

Хорошо. Но даже если не справитесь, ничего страшного. Через неделю мы встретимся и продолжим работу. Договорились?

П: Конечно.

В этом разделе терапевт *на собственном примере пациентки* объясняет когнитивную модель, иллюстрирует ее и изображает графически. Он старается сократить свои объяснения до нескольких предложений и время от времени просит Салли своими словами пересказать полученную информацию, чтобы убедиться в понимании пациенткой его слов. (Когда когнитивные способности пациента ограничены, можно использовать более наглядные обучающие пособия, например изображения лиц, выражающих различные эмоции.) Терапевт также побуждает пациентку записывать ключевые тезисы сессии.

Эта пациентка, Салли, быстро восприняла когнитивную модель. Если бы ей не удавалось распознавать свои мысли и/или эмоции, терапевту пришлось бы выбирать из двух возможностей:

• применить для достижения установленных целей другие техники (см. главу 6);

• продолжить обучение пациента выявлению мыслей и эмоций (учитывая возможные последствия, например обострение дисфории или нарушение терапевтического альянса).

Принимая решение отказаться от дальнейших попыток объяснения когнитивной модели, терапевт старается не допустить самообвинения пациента. Он делает необходимую оговорку: "Выявить эти мысли не так уж просто. Обычно они мимолетны. Но ничего, мы вернемся к этому вопросу попозже".

В следующем примере терапевт исследует автоматические мысли, существующие в форме образов. Пациентам обычно намного труднее распознавать эти *визуальные* автоматические мысли. Они зачастую

затрудняются привести пример таких мыслей. Тем не менее, учиться этому следует с самого начала терапии.

Т: Я хочу обратить ваше внимание на один момент. Когда я спрашиваю, о *чем вы думаете, я* имею в виду не только ваши мысли, но и *образы,* которые у вас возникают. Например, вы представляли меня еще до того, как вошли в эту комнату?

П: Гм... Я смутно представляла кого-то гораздо старше вас и, возможно, более строгого и более серьезного.

Т: Хорошо. Эта мысленная картина и есть *образ.* Поэтому, когда вы спрашиваете себя: "О чем я сейчас думаю?", отмечайте как слова, так и образы. Запишите это.

Сообщая, что автоматические мысли могут существовать в различных формах и даже различных сенсорных модальностях, терапевт повышает вероятность того, что пациент научится выявлять свои автоматические мысли *независимо* от их формы.

## ОЖИДАНИЯ ОТ ТЕРАПИИ

Пациенты часто приходят на первую сессию с убеждением, что терапия мистична, непонятна и они не смогут постичь процесс, в ходе которого их состояние магическим образом улучшится. Когнитивный терапевт развеивает подобные иллюзии, подчеркивая, что этот вид терапии реалистичный, упорядоченный и логически обоснованный. Состояние пациента улучшается оттого, что он

начинает лучше понимать себя, учится эффективно разрешать жизненные проблемы и осваивает приемы, которые затем применяет в повседневной жизни. Вводя пациента в курс терапии, терапевт даст ему понять, что ответственность за успех лечения лежит на них обоих. Большинству пациентов достаточно краткого обсуждения, пример которого приведен ниже.

Т: Как вы думаете, каким образом ваше состояние может улучшиться?

П: Я не понимаю, что вы имеете в виду.

Т: Видите ли, некоторые пациенты ожидают, что их будет лечить терапевт. Другие уверены, что терапевт лишь помогает, а работать придется им самим.

П: Перед началом сессии я думала, что вы будете меня лечить. Но из того, что вы сегодня рассказали, я поняла, что вы будете меня учить, как поступать.

Т: Правильно. Я помогу вам освоить приемы, которые выведут вас из депрессии. Более того, они пригодятся вам, чтобы справляться и с другими проблемами.

Желательно уже на первой сессии дать пациенту общее представление о продолжительности терапии. В большинстве случаев можно предложить интервал от полутора до четырех месяцев, хотя некоторым пациентам достаточно более короткой терапии (или они вынуждены окончить лечение раньше в связи с финансовыми обстоятельствами или ограничениями, предусмотренными условиями страховки). Другим пациентам, особенно страдающим хроническими психологическими расстройствами, может понадобиться год или больше терапии. Если у пациента нет глубокой депрессии, повышенной тревожности и суицидальных намерений и он не нуждается в дополнительной поддержке по любым другим явным причинам, с самого начала терапии вполне достаточно еженедельных сессий. Когда процесс терапии приближается к завершению, промежутки между сессиями следует увеличить, предоставляя, таким образом, пациенту возможность самостоятельно справляться с проблемами, принимать решения и использовать в повседневной жизни навыки, полученные в процессе терапии.

В следующем примере терапевт рассказывает пациентке о том, как будет проходить терапия.

Т: Вы не против, если сначала сессии будут еженедельными? Когда ваше состояние улучшится, мы станем встречаться раз в две педели, а потом, возможно, раз в три или четыре недели. Эти решения (о частоте сессий) мы будем принимать совместно. А когда завершим терапию, я предложу вам приходить на бустерные сессии раз в несколько месяцев. Как вам эта идея?

П: Я согласна.

Т: Трудно сказать наверняка, сколько продлится терапия. Но моим самым оптимистическим предположениям, от восьми до четырнадцати сессий. Если мы обнаружим какие-то давние проблемы, над которыми вы захотите поработать, будем встречаться дольше. Повторю еще раз: все решения нам предстоит принимать сообща. Хорошо?

## РАЗЪЯСНЕНИЕ ПАЦИЕНТУ ПРИРОДЫ ЕГО РАССТРОЙСТВА

Большинство пациентов интересуются своим диагнозом, чтобы убедиться, что они не сошли с ума, а их терапевт уже имел дело и помогал людям с подобным заболеванием. В большинстве случаев лучше избегать ярлыков, описывающих диагноз расстройства личности. Вместо этого лучше сказать что-то очень общее и лишенное медицинского жаргона. Например: "Похоже, в течение последнего года вы испытывали депрессию, и у вас имеются давние проблемы во взаимоотношениях с другими людьми". Также желательно немного рассказать пациенту о природе его расстройства и прекратить или ослабить его самокритику, объяснив некоторые из трудностей особенностями расстройства.

Следующий пример показывает, как предоставлять информацию пациентам, страдающим депрессией. (Конечно, подход требует изменений для пациентов с другими заболеваниями.)

Т: Последний пункт нашей повестки дня - ваш диагноз. Обследование показало, что вы, как и многие пациенты, с которыми мне доводилось работать, страдаете депрессией и у вас повышена тревожность. Я думаю, что смогу помочь вам и ваше состояние улучшится. О чем вы думаете сейчас?

П: Наверное, вы считаете меня сумасшедшей.

Т: Ничего подобного. У вас довольно распространенное заболевание, или расстройство, которое называется депрессией. С проблемами, похожими на ваши, сталкивались большинство моих пациентов. Но постойте-ка! Это же замечательная автоматическая мысль: "Вы считаете меня сумасшедшей". Что изменилось, когда вы поняли, что это неправда?

П: Мне стало легче.

Т: Значит, исправление мыслей *действительно* вам помогло. В качестве домашнего задания постарайтесь выявить другие мысли, подобные этой, и запишите их, а на следующей сессии мы их обсудим.

П: Хорошо.

Т: Негативное мышление - один из симптомов вашего заболевания. Депрессия влияет на то, как вы воспринимаете себя, события своей жизни и

свое будущее. Большинство людей, страдающих депрессией, смотрят на себя и окружающий мир словно сквозь очки, стекла которых закрашены черной краской. Все выглядит мрачным и безнадежным. Часть того, что нам предстоит достичь в терапии, - это соскрести черную краску и помочь вам увидеть себя и мир более реалистично... Понятна ли вам эта аналогия?

(Применение аналогий часто помогает пациенту посмотреть на ситуацию под другим углом.)

П: Да, я понимаю.

Т: Хорошо. Теперь поговорим о других симптомах. Депрессия нарушает аппетит, сон, сексуальный тонус и лишает сил. Она также влияет на мотивацию и интерес к жизни. Большинство людей, страдающих депрессией, винят самих себя за то, что не могут жить и чувствовать себя как прежде, до начала депрессии. Помните ли вы какой-нибудь недавний случай, когда вы обвиняли себя? *(Выявляет конкретный эпизод.)*

П: Конечно. Недавно я проспала, не выполнила то, что запланировала, и потом долго ругала себя, называла лентяйкой.

Т: А если бы вы заболели воспалением легких, не смогли вовремя подняться с постели и не успели выполнить все, что собирались, вы считали бы себя лентяйкой?

П: Наверное, нет.

Т: Мысль "Я лентяйка" очень неприятна. Давайте нанесем ей ответный удар?

П: Да, возможно, мне станет лучше.

Т: О чем вы можете напомнить себе? *(Побуждает пациентку к ответу, вместо того чтобы дать прямое объяснение.)*

П: Что у меня депрессия и мне все дается труднее, как если бы у меня было воспаление легких.

Т: Хорошо. И еще напомните себе, что по мере прохождения терапии ваша депрессия будет постепенно ослабляться и когда-нибудь вы от нее избавитесь. И тогда к вам вернется хорошее сочувствие и работоспособность. Запишите, пожалуйста, то, о чем мы поговорили, своими словами, чтобы не забыть. *(Терапевт дает пациентке понять, что предполагает ее активное участие в процессе терапии.)*

П: Хорошо.

Т: Чтобы больше узнать о депрессии, возьмите, пожалуйста, эту брошюру и прочитайте ее *(Coping with Depression,* см. приложение Г).

## ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ СЕССИИ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДОМАШНЕГО ЗАДАНИЯ

Как и краткое резюмирование в процессе сессии (см. стр. 58), завершающее подведение итогов сводит воедино темы, которые поднимались во время данной сессии, и позволяет акцентировать наиболее важные ее моменты. Сюда также входит и определение домашнего задания. На первых сессиях (в начале терапии) терапевт берет на себя ведущую роль в подведении итогов; позднее он побуждает к более активному участию *пациента.*

Т: Теперь я хочу подвести итог того, о чем мы сегодня говорили. Мы определили повестку дня, оценили ваше настроение, установили несколько целей терапии и выяснили, как ваши мысли влияют на эмоции. Мы также обсудили, как будет проходить терапия. Мы собираемся работать над решением ваших проблем и достижением целей, а также вы научитесь изменять искаженное мышление. Теперь давайте посмотрим, что вы записали в качестве домашнего задания. Уверены ли вы, что вам по силам его выполнить и это принесет вам пользу?

__________Домашнее задание - 1 февраля____________

1. Уточнить и дополнить список целей.

2. Когда мое настроение меняется, спросить себя: "О чем я думаю прямо сейчас?" и записать мысли (и образы). Напомнить себе, что эти мысли могут быть или не быть правильными.

3. Напоминать себе, что мне с трудом могут даваться разные дела, потому что сейчас я страдаю депрессией, а не ленива.

4. Подумать о том, что я хотела бы включить в повестку дня следующей сессии (какую проблему или ситуацию; придумать ей название).

5. Прочитать брошюру о депрессии и заметки, которые я сделала во время сессии.

6. За следующую неделю три раза сходить в бассейн или выйти на пробежку.

Терапевт должен убедиться, что пациент в состоянии выполнить домашнее задание (см. главу 14). Предположив, что пациент может не осилить какой-либо

пункт обязательств, терапевт предлагает отказаться от этого пункта. ("Не думаете ли вы, что нам будет сложно записывать свои мысли? (если "да") Тогда давайте вычеркнем это задание из сегодняшнего списка. Не имеет большого значения, каким образом вы будете работать с мыслями".)

Если пациенту не правится термин "домашнее задание", терапевт должен отделить представление о *домашнем задании как части когнитивной терапии* (которое определяется совместными усилиями терапевта и пациента таким образом, чтобы состояние последнего улучшилось) от опыта, полученного ранее (обычно школьных домашних заданий, которые заключались в принудительных, без учета личных потребностей и часто бесполезных обязательствах). Можно пронести "мозговой штурм", чтобы найти более приемлемый для пациента термин, например "самостоятельная работа" или "самопомощь". Решив семантическую проблему использования термина "домашнее задание", терапевт может рассмотреть (или мысленно отметить для будущего исследования) значение для пациента необходимости выполнять домашнее задание, чтобы выяснить, обусловлено ли отношение пациента к этому термину более серьезными факторами (например, не чувствителен ли пациент к контролю со стороны окружающих? Не отказывается ли он выполнить домашнее задание, считая себя неспособным на это?).

Домашнее задание первой сессии (и последующих) обычно включает библиотерапию [4]. Терапевт может предложить пациенту прочитать отрывок из популярной книги по когнитивной терапии (например, Burns, 1980, 1989; Greenberger & Padesky, 1995; Morse, Morse, & Nackoul, 1992) или популярную брошюру (см. приложение Г) и повышает вероятность того, что пациент выполнит данное задание: "Когда будете читать, отмечайте, с чем вы согласны и 1гласны, что нам подходит, а что вызывает сопротивление, чтобы потом поделиться со мной".

Вторая распространенная часть домашних заданий раннего этапа терапии - активный мониторинг и/или составление расписания видов деятельности. Цель этого - побудить пациента возобновить занятия,

которые в прошлом доставляли ему удовольствие (подробно о мониторинге видов деятельности говорится в главе 12).

## ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

Последний элемент каждой терапевтической сессии - это обратная связь. К концу первой сессии большинство пациентов настроены по отношению к терапевту и терапии позитивно. Запрос обратной связи еще больше укрепляет раппорт и убеждает пациента в том, что терапевта волнует его мнение. С помощью обратной связи пациент получает шанс выразить, а терапевт - быстро разрешить любое возникшее непонимание. Так, иногда реакция пациента на какие-либо высказывания или действия терапевта может оказаться идиосинкразической. Поэтому вопрос, не беспокоит ли что-нибудь пациента, позволяет терапевту высказать и затем проверить свои умозаключения. Помимо вербальной обратной связи, он может предложить пациенту заполнить Отчет о проделанной работе (см. рис. 3.3).

Т: В конце каждой сессии я буду спрашивать, как, по вашему мнению, прошла встреча. Это называется обратной связью. У вас есть *две* возможности - сказать мне об этом прямо и/или после окончания сессии заполнить в холле Отчет о проделанной работе. Я прочту его, и если будут какие-то проблемы, мы внесем их в повестку дня нашей следующей сессии. Итак, что вы думаете о сегодняшней сессии?

**Отчет о проделанной работе**

1. Что важного вы узнали сегодня?
2. В какой степени вы можете доверять в настоящий момент своему терапевту?
3. Что беспокоит вас в сегодняшней сессии?
4. Какую часть домашнего задания вы выполнили сегодня? Насколько вероятно, что вы выполните новое домашнее задание?
5. О чем вы хотите поговорить на следующей сессии?

**Рис. 3.3.** Отчет о проделанной работе. Copyright 1995 by Judith S. Beck, Ph. D.

П: Ничего. Все было хорошо.

Т: Что оказалось для вас самым важным?

П: Думаю, мне станет лучше, если я разберусь со своими мыслями.

Т: Хорошо. Еще что-то хотите сказать или внести в повестку дня следующей сессии?

П: Нет.

Т: Мне понравилось работать с вами. Заполните, пожалуйста, Отчет о проделанной работе в холле, прямо сейчас, а с остальными тремя бланками, которые

я дал вам раньше, поработаете дома. И постарайтесь выполнить домашнее задание, которое записано у вас на листке. Договорились?

П: *(Кивает.)* Хорошо. Спасибо.

Т: До следующей встречи.

Иногда во время первой сессии пациент демонстрирует негативную реакцию. В этом случае терапевт старается определить проблему и установить ее значение для пациента. Затем он осуществляет терапевтическое вмешательство и/или откладывает его на следующую сессию, как в этом примере.

Т: Итак, что вы думаете о сегодняшней сессии?

П: Я не знаю... Не уверена, что эта терапия мне подойдет.

Т: Вы сомневаетесь, поможет ли она?

П: Если честно, да. Понимаете, у меня настоящие, реальные проблемы. Это *не только* мои мысли.

Т: Рад, что вы сказали это. И поверьте, я *действительно* понимаю, что у вас реальные проблемы. Я не имел в виду, что у вас их нет. Проблемы с начальником, и соседями, и чувство одиночества... Конечно, все это реальные проблемы; и мы будем работать над тем, чтобы решить их. Я *не думаю,* что все, что нам следует делать, - это анализировать мысли. Простите, если я дал вам повод так подумать.

П: Да нет, все нормально... Это просто... как будто... Я так подавлена всем этим, что не знаю, как быть.

Т: Хотите прийти через неделю, чтобы мы разобрались с вашим чувством подавленности?

П: Да.

Т: А наша договоренность о домашнем задании усугубляет чувство подавленности?

П: ...Может быть.

Т: Хотите, отложим его? Мы можем решить сейчас, что вы не станете выполнять домашнее задание на будущей неделе, вместо этого мы вместе поработаем над ним на следующей сессии. Или вы можете

взять этот листок домой и подумать, хотите ли вы выполнить домашнее задание или нет.

П: Я буду чувствовать себя виноватой, если возьму листок, но ничего не сделаю.

Т: Тогда давайте откажемся от домашнего задания. Есть еще что-то, что беспокоит вас в связи с сегодняшней сессией?

Здесь терапевт видит необходимость укрепления терапевтического альянса. Если бы он не обратил внимания на проявления неудовлетворения пациентки сессией, она бы скрыла свои негативные чувства. Если бы терапевт не удосужился попросить пациентку об обратной связи или не проявил должной настойчивости в анализе негативной обратной связи, вполне возможно, что пациентка не явилась бы на следующую сессию. Гибкость, проявленная терапевтом в отношении домашнего задания, помогла пациентке пересмотреть свои опасения насчет уместности когнитивной терапии.

В начале следующей сессии терапевт должен выразить свою надежду на сотрудничество с пациенткой - как в целом в терапии, так и в определении домашнего задания. Терапевт также использует данную трудность как возможность уточнить концептуализацию пациентки. В дальнейшем он не отказывается полностью от назначения домашнего задания, но внимательно следит, чтобы оно определялось сообща и его содержание и объем не оказались непосильными для пациентки.

Итак, получив от пациента обратную связь, терапевт реагирует на нее - вносит в процесс терапии логичные изменения, чем демонстрирует понимание пациента и эмпатию к нему. Это способствует созданию атмосферы доверия и сотрудничества.

## ВЫВОДЫ

Основные цели первой терапевтической сессии таковы: установление раппорта; уточнение концептуализации; ознакомление пациента с процессом и структурой когнитивной терапии; ознакомление пациента с когнитивной моделью и природой его расстройства; внушение ему надежды и улучшение его состояния. Чрезвычайно важно также создать прочный терапевтический альянс и побуждать пациента к сотрудничеству с терапевтом для достижения

терапевтических целей. В следующей главе представлена структура последующих терапевтических сессий, а глава 5 посвящена трудностям, возникающим в связи со структурированием процесса терапии.

# ГЛАВА 4 ВТОРАЯ И ПОСЛЕДУЮЩИЕ СЕССИИ: СТРУКТУРИРОВАНИЕ И ФОРМАТ

Начиная со второй, сессии строятся но одному и тому же принципу. В этой главе мы представляем стандартную структуру терапевтических сессий и описываем основной курс терапии, продолжающийся от второй сессии до завершения терапии. Заключительный этап терапии описан в главе 15, а типичные проблемы, возникающие в связи с социализацией пациента на протяжении ранних терапевтических сессий, представлены в главах 5 и 17. Вот типичная повестка дня второй и последующих сессий.

1. Краткая оценка текущего состояния и оценка настроения пациента (и, если необходимо, приема медикаментов, употребления алкоголя и/или наркотиков).
2. Связь текущей сессии с предыдущей
3. Определение повестки дня.
4. Анализ домашнего задания.
5. Обсуждение вопросов повестки дня, определение домашнего задания и периодическое подведение итогов.
6. Заключительное подведение итогов и запрос у пациента обратной связи.

Опытным терапевтам удается при необходимости варьировать перечисленные составляющие сессии. Новичкам же мы советуем строго придерживаться указанной структуры.

Цели терапевта в отношении второй сессии обычно таковы.

• Помочь пациенту выбрать проблему или цель для обсуждения.
• Начать процесс решения проблем.
• Укрепить понимание пациентом когнитивной модели.
• Начать обучение пациента выявлению автоматических мыслей.

69

Следуя формату сессии, благодаря совместной работе, запросу обратной связи и началу обучения пациента переосмыслению прошлого и текущего опыта в свете когнитивной модели терапевт *продолжает знакомить пациента с когнитивной терапией.* Добившись определенного улучшения состояния пациента, терапевт

начинает работу по предотвращению рецидива расстройства (профилактике рецидива посвящена глава 15).

Итак, терапевт главным образом сосредоточен на построении терапевтического альянса и улучшении самочувствия пациента.

## КРАТКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ И НАСТРОЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Оценка настроения обычно непродолжительна и может сочетаться с кратким обзором прошедшей недели. Терапевт просит пациента рассказать о своем самочувствии и затем сравнивает полученную субъективную картину с объективными результатами тестов. Если между результатами тестов и самоотчетом имеются расхождения, терапевт сообщает об этом пациенту (например: "Вы утверждаете, что чувствуете себя лучше, но тесты показывают усиление депрессии. Что вы об этом думаете?") Терапевт также кратко сравнивает результаты тестов предыдущей сессии и текущей (например: "По результатам обследования, за последнюю неделю у вас снизился уровень тревожности. Вы действительно меньше тревожились?").

Обычно вторая сессия начинается следующим образом.

Терапевт: Добрый день, Салли. Как вы сегодня себя чувствуете?

Пациент: Кажется, немного лучше.

Т: Можно взглянуть на заполненные вами бланки? А вы пока расскажите, как прошла неделя.

П: В чем-то нормально, в чем-то не очень.

Т: Что произошло?

П: Кажется, моя депрессия пошла на убыль. Но я тревожусь гораздо больше, чем раньше. Я так волновалась перед экзаменом по экономике, что совсем не могла сосредоточиться.

Т: Внесем подготовку к экзамену по экономике в повестку дня? *(Обучает пациентку быстрому определению проблемы, которая будет рассмотрена на датой сессии.)*

П: Да. А еще у меня сложности с соседкой по комнате.

Т: Я запищу это отдельным пунктом, мы вернемся к нему позже. Что еще произошло за эту неделю, чем вы хотели бы поделиться со мной?

П: Больше ничего.

Т: Хорошо, тогда переходим к оценке настроения. Результаты этих тестов подтверждают, что депрессия несколько снизилась, но тревожность возросла. Как вы думаете, почему снизилась депрессия?

П: У меня появилась небольшая надежда. Наверное, терапия мне поможет.

Т: *(Ненавязчиво напоминает о когнитивной модели.)* Так, значит, у вас были мысли, похожие на "Терапия мне поможет", и благодаря этим мыслям вы почувствовали надежду и ваше настроение улучшилось?

П: Да... И я попросила Лизу - она посещает вместе со мной занятия по химии - позаниматься со мной. Вчера мы несколько часов просидели над формулами. Из-за этого мне тоже стало лучше.

Т: О чем вы думали, когда занимались вчера с Лизой?

П: Хорошо, что я решилась к ней обратиться... И что она согласилась. Теперь я разобралась в сложной теме.

Т: Итак, мы выявили две причины, по которым ваше состояние на минувшей неделе улучшилось. Во-первых, у вас были обнадеживающие мысли в отношении терапии. И во-вторых, вы сделали что-то иначе, чем раньше, — позанимались с Лизой, - и мне кажется, что вы похвалили себя за этот успех.

П: Да.

Т: Вы заметили на этих двух примерах, как ваше мышление *улучшает* ваше самочувствие?

П: *(Кивает.)*

Т: Я рад, что вам стало лучше! Чуть позже я расскажу вам, чего ждать от улучшений в процессе терапии. Кстати, предлагаю включить этот вопрос в повестку дня.

Как видите, Салли удалось кратко охарактеризовать свое настроение. Если бы она пустилась в пространные описания, терапевт попробовал бы подтолкнуть ее к более лаконичному ответу (например: "Салли, позвольте мне прервать вас. Попробуйте выразить все это одним предложением. Как менялось в последнее время ваше настроение? ...Или нам лучше включить "оценку настроения" в повестку дня и уделить этому вопросу больше внимания?").

Когда Салли сообщает о двух проблемах, терапевт, вместо того чтобы тут же начать дискуссию, также вносит соответствующие пункты в повестку дня. Позволив пациентке углубиться в более подробное описание этих проблем, терапевт лишил бы ее возможности

осознать, что же *самое важное* для нее, о чем следует поговорить на данной сессии. Терапевт также уклоняется от обсуждения вопросов, способных нарушить ход терапии.

Отметив даже незначительное изменение настроения Салли в лучшую сторону, терапевт интересуется у нее, за счет чего это могло произойти. Желательно сообщить пациенту, что успех достигнут в результате изменений его поведения и/или мышления, а не исключительно за счет изменившихся обстоятельств: "Значит, вы чувствуете себя лучше, но не знаете, почему. Но подумайте, на этой неделе у вас появились какие-то новые мысли? Или, может быть, вы изменили свое поведение?" Аналогично терапевт выясняет роль мышления или поведения пациента в том случае, если его настроение ухудшилось: "Как вы думаете, почему на этой неделе ваше состояние ухудшилось? Связано ли это с вашими мыслями? Или, возможно, с какими-то занятиями?" Так терапевт ненавязчиво напоминает пациенту о когнитивной модели и выражает уверенность, что пациент способен управлять своим состоянием (и следовательно, несет ответственность за успех терапии).

Краткая оценка настроения и обзор прошедшей недели дают следующие преимущества.

• Терапевт демонстрирует пациенту свое участие, интересуясь, как тот себя чувствовал на прошлой неделе.

• Терапевт обсуждает с пациентом, что изменилось в его состоянии и по ведении.

• Терапевт помогает пациенту понять и объяснить успех или, напротив, неудачу.

• Терапевт усиливает когнитивную модель, акцентируя внимание пациента на том, что способ, которым пациент интерпретирует ситуацию, влияет на его настроение.

Терапевт внимательно анализирует результаты объективных исследований, стараясь определить значимые позитивные или негативные изменения состояния пациента (особенно касающиеся суицидальных намерений или чувства безнадежности). Терапевт может также задать пациенту дополнительные вопросы, не упомянутые в стандартных тестах (частота панических атак для пациентов, страдающих паническим расстройством, частота приступов булимии для пациентов, страдающих этим расстройством

приема пищи, оценка чувства злости по шкале от 0 до 100 для пациентов с выраженной враждебностью к окружающим и т.д.)

Если пациент в связи с психологическими трудностями принимает лекарственные препараты, терапевт кратко выясняет, все ли в порядке, есть ли проблемы, выражены ли побочные эффекты, а также отвечает на вопросы пациента. Если терапевт - не врач, который назначил лекарство, он, с позволения пациента, время от времени общается с врачом для обмена информацией и предложениями относительно лечения. Хотя терапевт прямо не рекомендует пациенту

изменить прием медикаментов, он помогает ему справиться с мыслями, которые затрудняют как прием медикаментов, так и отказ от них (когда прием их необходим). Хорошо, если терапевт поможет пациенту сформулировать и записать конкретные вопросы о побочных эффектах, дозах, альтернативных препаратах и т.д., повышая таким образом вероятность обращения пациента за разъяснениями к врачу. Терапевт признает, что *одной из причин* улучшения состояния пациента может быть воздействие медикаментов, но подчеркивает, что пациент внес собственную лепту в успех. Если терапевт полагает, что пациенту, не принимающему медикаменты, требуется прием лекарственных препаратов, он направляет его на консультацию к врачу-психиатру.

## СВЯЗЬ ТЕКУЩЕЙ СЕССИИ С ПРЕДЫДУЩЕЙ

Цель этой *короткой* части сессии - проверить восприятие и понимание пациентом предыдущей сессии. Зная, что его спросят об этом, пациент лучше подготовится к очередной сессии, раздумывая о терапии в течение недели. Если пациент не может вспомнить, каковы были его переживания в ходе предыдущей сессии и/или ее важнейшие моменты, терапевт продумывает и принимает меры, направленные на то, чтобы пациент лучше усвоил и запомнил содержание текущей сессии. Например, пациенту можно представить рабочий бланк "Мост между сессиями" (см. рис. 4.1), с помощью которого подготовка к следующей сессии, мысленная или в письменной форме, окажется наиболее эффективной.

При обсуждении предыдущей сессии можно получить важную обратную связь, о которой пациент ранее умалчивал. Если возникает вопрос, требующий более длительного обсуждения, чем несколько

минут, его следует отметить как дополнительный пункт повестки дня. Установление связи с предыдущей сессией позволяет мягко вовлечь пациента в терапевтический процесс. Постепенно он начинает осознавать свою ответственность за содержание каждой сессии и все более откровенно делится с терапевтом тем, что его беспокоило на предыдущей сессии, что смутило в словах или поведении самого терапевта.

Т: Теперь я предлагаю поговорить о том, как связана текущая сессия с предыдущей. Мы будем это делать на каждой сессии. Во-первых, что вы вынесли из предыдущей сессии? Что было важным для вас?

П: Ну... несколько моментов. Знакомство с вами, и с когнитивной терапией. Меня обрадовала новость о том, что у меня депрессия, а не сумасшествие. Хорошо, что я узнала, как мысли влияют на эмоции.

Т: Хорошо. Второй вопрос: было ли что-то на предыдущей сессии, что беспокоит вас?

П: Нет, все было хорошо.

**Рабочий бланк "Мост между сессиями"**

1. Что важного мы обсуждали на предыдущей сессии? Чему вы научились? (1-3 предложения.)

2. Беспокоило ли вас что-либо в связи с предыдущей сессией? Было ли что-нибудь, о чем вам очень не хочется говорить?

3. Как прошла последняя неделя? Изменилось ли ваше настроение? (1-3 предложения.)

4. Случилось ли за эту неделю что-нибудь важное, что нам следовало бы обсудить? (1-3 предложения.)

5. Что вы хотите включить в повестку дня? (1-3 предложения.)

6. Что вы выполнили / не выполнили в качестве домашнего задания? Чему вы научились?

**Рис. 4.1.** Рабочий бланк "Мост между сессиями". Изменено с разрешения

Tomas Ellis, Ph. D.

Если бы пациент рассказал о чем-то неприятном в отношении предыдущей сессии, терапевт мог бы проанализировать это вместе с пациентом или включить этот вопрос в повестку дня. Также, если бы пациент не вспомнил ничего значительного с предыдущей сессии,

терапевт мог бы спросить: "Помните ли вы, что мы говорили о связи мыслей с эмоциями?" Еще он мог поинтересоваться: "Как насчет того, чтобы внести обзор когнитивной модели в сегодняшнюю повестку дня?" Как мы упоминали выше, терапевт помогает пациенту принять на себя ответственность за запоминание важного содержания *текущей сессии,* например, так: "Что вы могли бы сделать в ближайшую неделю, чтобы запомнить то, о чем мы будем говорить сегодня?" Заметьте, что главная причина "забывчивости" пациентов кроется в неспособности *терапевтов* убедить их записывать важные тезисы непосредственно во время сессии.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОВЕСТКИ ДНЯ

На первых сессиях терапевт берет на себя ведущую роль в определении повестки дня, а затем постепенно передает ее пациенту. Освоив навыки определения повестки дня, пациент с большей вероятностью продолжит самотерапию после окончания курса лечения (глава 15).

Т: Сейчас нам нужно определить повестку дня. Мы уже отметили подготовку экзамен и проблему с соседкой по комнате. А еще я хотел бы поговорить о типичном ходе улучшений и немного об автоматических мыслях. И конечно, проведем анализ домашнего задания. Что-нибудь еще?

П: Наверное, нет.

Т: Это очень обширная повестка дня. Если нам не хватит времени, что мы можем отложить до следующей недели? *(Учит пациентку расставлять приоритеты.)*

П: Гм... Думаю, проблему с соседкой по комнате. Возможно, она разрешится сама собой.

Т: Хорошо, мы поставим ее последней в нашем списке и постараемся решить ее сегодня, в противном случае вернемся к ней через неделю, если она все еще будет актуальной.

Чтобы помочь пациенту определить повестку дня, терапевту зачастую приходится проявлять настойчивость. Многие пациенты могут не осознавать, что их беспокоит, и/или сомневаться, заслуживает ли тот или иной вопрос внимания. Терапевт предлагает пациенту называть *проблемы,* в разрешении которых ему нужна помощь. "О чем

вы хотели бы поговорить сегодня?", "Что вы хотите включить в повестку дня?", "Чем я могу помочь вам?", "Над чем нам стоит сегодня поработать?". Если повестка дня получилась очень объемной, терапевт и пациент совместно определяют более и менее приоритетные вопросы, устанавливают время, которое отведут на обсуждение каждого вопроса, и, при необходимости, откладывают один или больше пунктов до следующей сессии.

Важно отметить, что не всегда целесообразно строго придерживаться повестки дня. А в некоторых обстоятельствах ее даже *не следует* придерживаться. Отступая от установленной повестки дня, терапевт, однако, разъясняет пациенту причины и получает его согласие.

Т: Салли, я вижу, что вы до сих пор беспокоитесь по поводу предстоящего экзамена, но у нас истекает время, отведенное на этот вопрос. Согласны ли вы продолжить нашу беседу, а другие вопросы отложить до следующей недели? Или постараемся уложиться с обсуждением экзамена в пять минут, чтобы у нас осталось время поговорить о проблеме с соседкой по комнате?

П: Думаю, проблема с соседкой по комнате может подождать до следующей недели.

Т: Хорошо, сейчас я запишу это, и мы продолжим разговор об экзамене.

Терапевт может изменить распределение времени в ходе сессии по ряду причин. Например, как в приведенном примере, пациент огорчен из-за определенной проблемы, которой необходимо уделить больше внимания. Или возникает новая тема, которая кажется значимой. Или настроение пациента во время сессии ухудшается. Терапевт уводит пациента от обсуждения второстепенных вопросов, которые не вошли в повестку дня и которые не могут играть важную роль в улучшении состояния пациента. Исключением является случай, когда терапевт намеренно (но обычно кратко) вызывает пациента на неформальный диалог для достижения определенных целей: чтобы улучшить его настроение, укрепить терапевтический альянс либо оценить когнитивные или социальные способности пациента. Например, терапевт может поинтересоваться, какой фильм пациент смотрел накануне, или спросить о его семье, или узнать его мнение о текущих политических событиях.

## АНАЛИЗ ДОМАШНЕГО ЗАДАНИЯ

Исследования показывают, что пациенты, регулярно выполняющие домашние задания, достигают более быстрых и устойчивых улучшений, чем те, которые не выполняют (Persons и др., 1988; Niemeyer & Feixas, 1990). Анализ домашнего задания на каждой сессии подчеркивает важность межсессионной работы. Основываясь на собственном опыте, мы можем утверждать, что если анализ домашнего задания не проводится, у пациента формируется представление, что выполнять домашнее задание *не важно*, и вероятность его выполнения существенно снижается. Иногда анализ домашнего задания относительно краток; в других случаях он может продолжаться почти всю сессию, особенно если домашнее задание касается вопросов, которые пациент желает обсудить на данной сессии. Домашнее задание мы подробно обсудим в главе 14.

Вот пример успешного анализа домашнего задания.

Т: Следующий вопрос нашей повестки дня - домашнее задание. Что вы выполнили?

П: Я прочитала брошюру о депрессии.

Т: Вы захватили ее с собой? Не могли бы вы достать ее? Скажите, пожалуйста, что полезного для себя вы нашли в этой книге? Что показалось вам важным? (*Терапевт и пациентка несколько минут обсуждают содержание брошюры.)* У вас остались вопросы по книге? Есть что-то, с чем вы не согласны или что не поняли?

П: Нет, это очень полезная книга.

Т: Хорошо. Еще у вас было задание отслеживать автоматические мысли, возникающие во время изменения настроения.

П: Я пыталась, но мне не всегда удавалось понять, о чем я думаю.

Т: Это нормально. Мы будем говорить об автоматических мыслях на каждой сессии, до конца терапии. Что касается этого домашнего задания, удалось ли вам распознать хоть *какие-то* автоматические мысли при изменении настроения?

П: Да, но я не записала их.

Т: А что это была за ситуация?

П: Я сидела в классе и вдруг начала сильно тревожиться.

Т: И о чем вы думали в тот момент?

П: Я думала, что скоро экзамен и нет никакой надежды на то, что я успею подготовиться.

Т: Хорошо. Позвольте, я запишу это, и мы вернемся к этим мыслям через которое время, когда будем говорить об экзамене.

П: Конечно.

Т: Какие еще автоматические мысли вы отметили на этой неделе?

П: Больше никаких.

Т: Хорошо. Давайте перейдем к следующему пункту домашнего задания. Вы дополнили свой список целей?

П: Нет. Я просматривала его, но больше ничего не придумала.

Т: Если захотите что-нибудь добавить, скажите мне об этом. А удалось ли вам напоминать себе о том, что вы испытываете разнообразные трудности из-за депрессии, а не потому, что ленивы?

П: С этим я справилась. Несколько раз ловила себя на мыслях о лени и тут же напоминала себе о депрессии.

Терапевт стремится проанализировать все пункты домашнего задания, поэтому он отмечает автоматические мысли Салли как вопрос для обсуждения на сессии. Терапевт не должен рассматривать домашнее задание отдельно от всех остальных пунктов повестки дня. Многие опытные специалисты объединяют анализ домашнего задания с работой по повестке дня. Однако начинающий терапевт нуждается в более четком представлении о том, где именно он сейчас находится и что еще предстоит выполнить. В этом случае легче придерживаться точного плана и лишь отмечать темы, которые предстоит обсудить позднее. Начинающим терапевтам легче, например, углубиться в дискуссию об экзамене в ущерб анализу остальной части домашнего задания.

## ОБСУЖДЕНИЕ ВОПРОСОВ ПОВЕСТКИ ДНЯ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ НОВОГО ДОМАШНЕГО ЗАДАНИЯ И ПЕРИОДИЧЕСКОЕ ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ

В большинстве случаев терапевт спрашивает пациента, с какого пункта повестки дня тот хочет начать обсуждение. Поступая так, терапевт побуждает пациента к активности, укрепляет его уверенность в себе и подводит его к осознанию собственной ответственности. Иногда право выбора первой темы для обсуждения терапевт оставляет за собой, особенно если полагает, что выбор *определенной* темы будет более полезным и приведет к улучшению состояния пациента ("Вы не против, если мы начнем с проблемы в отношениях с начальником?").

Терапевт формулирует собственные цели обсуждения каждой темы. Так, на второй сессии терапевт не только старается помочь Салли решить некоторые проблемы, но и:

• устанавливает связь обсуждаемой темы с терапевтическими целями Салли;

• усиливает когнитивную модель;

• продолжает обучать Салли выявлению ее автоматических мыслей, стремится улучшить самочувствие Салли, помогая ей правильно реагировать на тревожные мысли;

• как всегда, поддерживает и укрепляет раппорт, выражая понимание и принятие пациентки.

## ПОВЕСТКА ДНЯ. ПУНКТ № 1

Т: Взгляните на повестку дня. Как вы думаете, с чего нам лучше начать? Выбирайте - поговорим о предстоящем экзамене или о характере улучшений в терапии?

П: Я думаю, об экзамене. Этот вопрос очень меня волнует.

Т: Эта тема касается двух ваших терапевтических целей - улучшения успеваемости и уменьшения волнения перед экзаменами, так?

П: Да.

Т: Расскажите, пожалуйста, как прошла эта неделя. Как вам давалась учеба? Получалось ли сосредоточиться на занятиях?

П: Я никак не могла начать подготовку к экзамену. Всякий раз, когда я усаживалась за письменный стол, я начинала сильно волноваться. Иногда я не осознав ала, что мои мысли блуждают, и потом мне приходилось перечитывать несколько страниц заново.

Т: А когда экзамен, и сколько глав нужно выучить? *(Стремится получить больше сведений, чтобы распознать возможные искажения мышления пациентки и помочь ей решить проблему)*

П: Через две недели. Всего десять глав.

Т: И сколько вы уже прочли?

П: Три главы.

Т: Есть что-нибудь в этих трех главах, в чем вы не разобрались?

П: Очень много.

Итак, в двух словах: через две недели у вас экзамен, и вы беспокоитесь, что не успеваете как следует к нему подготовиться. Верно?

П: Да.

На первом этапе терапевт стремится получить полное представление о проблеме. Он ненавязчиво учит пациентку, как можно выразить проблему "в двух

словах". Затем терапевт подводит Салли к выявлению ее автоматических мыслей, побуждая ее вспомнить *конкретную* ситуацию.

Т: Можете ли вы вспомнить недавний случай, когда вы думали об учебе или собирались позаниматься, но в этот момент начали сильно тревожиться?

П: Конечно... Вчера вечером.

Т: В котором часу? И где вы были?

П: Это было около половины восьмого вечера. Я шла в библиотеку.

Т: Вы можете мысленно вернуться туда? Сейчас 19:30, вы идете в библиотеку... О чем вы думаете?

П: Что будет, если я завалю экзамен? И меня отчислят из колледжа?

Т: Отлично. Вам удалось выявить важные автоматические мысли. Как они повлияли на ваше самочувствие? Что вы испытали? Тревогу?

П: Да, очень сильную тревогу.

Т: Остановились ли вы и спросили себя: "Что будет, если я сдам экзамен? И успешно закончу этот курс?" *(На примере этой проблемы, прежде чем приступить к ее решению, терапевт усиливает когнитивную модель)*

П: Нет.

Т: А если бы вы сделали так, как вы думаете, что произошло бы с вашим настроением?

П: Если бы я поверила этому, мне бы стало лучше.

Т: Позвольте, я подробнее расскажу вам об этих мыслях. Их называют *автоматическими,* потому что они возникают неожиданно. Чаще всего вы даже не осознаете их. Зато вы замечаете, что вам стало тревожно или грустно, - и эти эмоции вызваны именно автоматическими мыслями. И даже *осознав* эти мысли, вы вряд ли решите оценить, насколько они точны, насколько достоверны. Вы просто принимаете их за правду. Поэтому то, чему вам предстоит научиться здесь, в процессе терапии, - это выявлять автоматические мысли и оценивать их: отражают ли они действительность или искажены. А теперь давайте подробнее рассмотрим первую мысль. Какие существуют доказательства того, что вы завалите экзамен? *(Начинает процесс оценивания автоматических мыслей.)*

П: Ну, я совсем не разбираюсь в этой теме.

Т: Совсем?

П: Ну да... Кроме того, до экзамена осталось совсем мало времени.

Т: А существуют ли доказательства того, что вы *можете не завалить* экзамен?

П: Я хорошо написала первую контрольную работу.

Т: Что-нибудь еще?

П: Я разобралась в первых двух главах лучше, чем в третьей. Но с третьей главой у меня *действительно* серьезные проблемы.

Т: Что бы вы могли сделать, чтобы получше разобраться в этой главе? *(Начинает процесс решения проблемы; побуждает пациентку проявить инициативу.)*

П: Я могу перечитать ее. И просмотреть конспект лекций.

Т: Еще что-нибудь?

П: *(С сомнением.)* Больше ничего не могу придумать.

Т: Можете ли вы попросить кого-нибудь помочь вам?

П: Думаю, я могу обратиться к помощнику преподавателя или одному из студентов -старшекурсников.

Т: Кажется, это неплохие варианты! А *теперь* что вы думаете о своем предсказании, что вы завалите экзамен?

П: Теперь я понимаю, что часть материала уже усвоила. Может быть, я *могла бы* постараться осилить и остальную часть.

Т: А как вы себя теперь чувствуете?

П: Немного лучше. Меньше волнуюсь.

Т: Подведем итог. На этой неделе у вас было много автоматических мыслей, из-за которых вы сильно тревожились. Но когда вы прекратили принимать эти мысли за истину и подошли к ним с позиций здравого смысла, оказалось, что у вас есть много возможностей подготовиться к экзамену и успешно его сдать. Правильно?

П: Да.

Т: В качестве домашнего задания на следующую неделю я прошу вас снова обращать внимание на изменения настроения и отслеживать сопутствующие им автоматические мысли. В этих мыслях может содержаться зерно истины, но чаще всего они тем или иным образом искажены. В следующий раз мы вместе рассмотрим доказательства, чтобы определить, являются ли мысли, которые вы записали, абсолютно точными или нет. Хорошо?

П: Да.

Т: Имейте в виду, что выявление и оценка мыслей - это навык, и он совершенствуется в процессе практики, подобно тому, как учатся водить машину или печатать вслепую. Вначале у вас будет получаться не очень хорошо, но со временем - все лучше и лучше. На следующих сессиях мы будем много

тренироваться. Посмотрим, как вам удастся выполнить домашнее задан не по выявлению автоматических мыслей. Но не ожидайте от себя мгновенного успеха.

П: Хорошо.

Т: Еще одно замечание. Когда вы будете записывать автоматические мысли, все время напоминайте себе, что эти мысли *могут быть правдой, а могут и не быть.* В противном случае записывание мыслей перед тем, как вы научитесь оценивать их, может несколько ухудшить ваше состояние.

П: Хорошо.

Т: Запишите это своими словами, прямо сейчас. *(Терапевт закрепляет понимание пациенткой домашнего задания.)* И еще, давайте посмотрим, может быть, какую-то часть предыдущего домашнего задания вы хотели бы продолжить выполнять и на этой неделе? И возможно, вы захотите составить план подготовки к экзамену (рис. 4.2).

1. Когда в чувствую, что у меня меняется настроение, спросить себя: "О чем я думаю прямо сейчас?" и записать свои автоматические мысли (которые могут быть правильными, а могут и не быть). Стараться делать это хотя бы раз в день.

2. Если я не могу выя вить автоматические мысли, просто описать (письменно) ситуацию. Помнить, что распознавание автоматических мыслей - такой же навык, как и другие, и что со временем у меня будет получаться все лучше и лучше.

3. Попросить Рона помочь мне разобраться с главой 5 учебника по экономике.

4. Перечитывать записи, сделанные во время сессии.

5. Продолжить занятия бегом/плаванием. Три раза пригласить с собой Джейн (соседку по комнате).

**Рис. 4.2.** Домашнее задание Салли (сессия 2)

На этом этапе сессии терапевт одновременно достигает многих целей. Он обращается к вопросу повестки дня, который очень беспокоит пациентку; затрагивает вопросы, связанные с терапевтическими целями пациентки; предоставляет пациентке больше информации об автоматических мыслях; помогает пациентке выявлять, оценивать автоматические мысли и правильно реагировать на травмирующие ее мысли; способствует некоторому улучшению ее состояния, снижает ее тревогу; определяет домашнее задание и предостерегает пациентку от завышенных ожиданий в отношении качества выполнения домашнего задания.

Процесс обучения пациента выявлению и оценке его автоматических мыслей подробно рассматривается в главах 6 и 8.

## ПОВЕСТКА ДНЯ. ПУНКТ № 2

На следующем этапе сессии терапевт рассказывает пациенту о характере улучшений в терапии. Закончив предыдущую часть сессии, терапевт кратко подводит итог.

Т: Мы поговорили о вашем экзамене и о том, как ваши автоматические мысли вызывают тревогу и препятствуют решению проблем. Теперь, если вы не против, я хочу поговорить о характере улучшений в терапии.

П: *(Кивает.)*

Т: Я рад, что сегодня вам немного лучше, и надеюсь, что ваше состояние будет улучшаться и в дальнейшем. Но, скорее всего, вы не будете чувствовать себя *все время* лучше, день ото дня, до тех пор, пока не вернетесь к своему прежнему состоянию. Вам следует ожидать как подъемов, так и спадов настроения. Есть причина, по которой я предупреждаю об этом. Представьте, о чем вы можете подумать, если будете ожидать непрерывных улучшений, но однажды почувствуете себя немного хуже?

П: Скорее всего, я подумаю, что мне никогда не выбраться из депрессии.

Т: Правильно. Поэтому запомните, что мы предусмотрели возможное ухудшение состояния. Это периодическое движение назад - неотъемлемая часть общего процесса улучшений. Хотите записать что-то из сказанного мною?

В главе 15 приведен более полный фрагмент беседы о профилактике рецидива и графическое изображение нормального хода улучшений.

## ПЕРИОДИЧЕСКОЕ ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ

Во время сессии терапевт подводит итоги двух типов. Первый тип - это краткое подведение итогов, когда завершен определенный этап терапии и оба - и пациент, и клиент - имеют четкое представление о том, чего они только что достигли и, что будут делать дальше.

Итак, мы поговорили о вашей проблеме нехватки времени и сил возобновить занятия бегом. Мы договорились, что вы попробуете в качестве эксперимента два раза за следующую неделю выйти на пробежку. Вы не возражаете, теперь мы перейдем к обсуждению

домашнего задания, которое вы выполняли в течение предыдущей недели? Удалось ли вам выявить автоматические мысли?

Второй вид подведения итогов касается содержания того, что представлено пациентом. Здесь терапевт кратко подытоживает суть сказанного пациентом, стараясь использовать слова пациента. Зачастую пациенты описывают проблему в мельчайших подробностях, и терапевт подводит итог, чтобы убедиться, он уловил суть жалобы пациента, а также представить ее в более сжатом виде, понятном для обоих. Терапевт демонстрирует когнитивную модель - снова и снова. Он использует слова пациента, чтобы тот почувствовал, что он правильно понят, а также чтобы удержать внимание пациента на актуальных для него проблемах.

Т: Позвольте мне убедиться, что я правильно вас понял. Вы размышляли, как бы вам найти работу на неполный рабочий день, и у вас появилась мысль: "У меня ничего не получится!" Вам стало грустно, вы закрыли газету с объявлениями, легли в кровать и проплакали полчаса. Правильно?

Если бы терапевт пересказал информацию, поданную пациенткой, своими словами и не использовал ее собственные слова ("Кажется, вы не очень-то уверены в том, что сумеете достичь успеха в работе с неполной занятостью"), он ослабил бы интенсивность автоматических мыслей и эмоций пациентки, и последующая оценка мыслей оказалась бы менее эффективной.

Кроме того, подведение итогов, сформулированное словами терапевта, может привести к тому, что пациентка почувствует, будто ее неточно поняли.

П: Нет, это не означает, что я не уверена в успехе; я боюсь, что не справлюсь *в принципе.*

## ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ И ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

В отличие от сказанного выше (предыдущих этапов сессии), во время *заключительного подведения итогов* терапевт *воздерживается* от активизации негативных мыслей, ухудшающих состояние пациента. Он стремится в оптимистическом тоне подчеркнуть главные моменты, раскрытые на протяжении сессии. На первых сессиях подводит итог

сам терапевт, позднее эта роль переходит к пациенту. Подводить итоги легче, имея под рукой краткие записи, сделанные во время сессии. Представляем пример заключительного подведения итогов и обратной связи.

Т: У нас осталось всего лишь несколько минут. Вы не против, если я подытожу нашу работу и затем попрошу вас поделиться своим восприятием сегодняшней сессии?

П: Хорошо.

Т: Мне кажется, что на этой неделе у вас было меньше безнадежных мыслей и поэтому депрессия пошла на убыль. С другой стороны, у вас было много негативных предсказаний в отношении предстоящего экзамена и, как следствие, усилилась тревожность. Но когда мы рассмотрели доказательства того, что вы провалите экзамен, предсказание оказалось неубедительным. Вместе мы определили несколько эффективных способов получше подготовиться к экзамену, и некоторые из них вы опробуете на следующей неделе. Мы также обсудили, о чем вы должны напомнить себе в том случае, если ваше самочувствие вновь ухудшится. Наконец, мы поговорили о выявлении и оценке ваших автоматических мыслей - это навык, в котором вам предстоит практиковаться в ходе всей терапии. Кажется, ни о чем не забыл?

П: Вроде бы, нет...

Х: Сказал ли я сегодня что-нибудь неприятное или такое, что беспокоит? Или сделал что-то неправильно?

П: Я немного волнуюсь, что у меня может наступить ухудшение.

Т: Да, ухудшение возможно, и если вы почувствуете, что вам стало намного хуже, позвоните мне, не дожидаясь следующей сессии. С другой стороны, ваше настроение может и улучшиться - кто знает?

П: Я надеюсь на это.

Т: Должны ли мы включить вопрос "Возможные ухудшения состояния" в повестку дня следующей сессии?

П: Наверное, да.

Т: Что еще беспокоит вас в связи с этой сессией?

П: Гм... Плохо, что раньше я не знала, как мне улучшить свою учебу.

Т: В следующий раз мы можем поговорить об этом подробнее. Можем сформулировать этот пункт повестки дня так: что мешает вам

самостоятельно успешно разрешать проблемы. Хорошо? Увидимся через неделю.

Если терапевт чувствует, что пациент не предоставил полную обратную связь, или полагает, что пациент может уйти, не осознав в полной мере то, что усвоил, он предлагает ему заполнить Отчет о проделанной работе (см. рис. 3.3), но или в письменной форме.

## ТРЕТЬЯ И ПОСЛЕДУЮЩИЕ СЕССИИ

Начиная с третьей, сессии проходят в одном и том же формате. Содержание варьируется в зависимости от жалоб, проблем и целей пациента, а также целей терапевта. В этом разделе мы коснемся хода терапии на протяжении сессий. Подробнее описание планирования лечения вы найдете в главе 16.

Как мы уже упоминали, вначале терапевт берет на себя составление повестки дня, активно помогает пациенту выявлять и оценивать автоматические мысли, определяет домашнее задание и подводит итоги сессии. Со временем ответственность постепенно смещается на пациента. К концу курса терапии большую часть повестки дня определяет пациент. Он же использует для оценки собственного мышления такие средства, как бланк для работы с дисфункциональными мыслями (РДМ) (см. главу 9), устанавливает для себя домашнее задание и подводит заключительный итог терапевтической сессии.

В течение курса терапии фокус внимания смещается с автоматических мыслей на исследование укоренившихся убеждений пациента (см. главы 10 и 11). Происходят и изменения в относительном акцентировании поведенческих

аспектов, хотя они и менее предсказуемы. Пациентов с депрессией с самого начала терапии следует побуждать планировать свои занятия и вести более активный образ жизни (см. главу 12). (Пациенты, страдающие глубокой депрессией, вначале могут быть не способны к когнитивной работе, поэтому терапевт старается активизировать их поведенческую активность и воздерживается от когнитивных вмешательств до тех пор, пока состояние пациента не улучшится хотя бы в некоторой степени.) Когда терапия подходит к заключительной

стадии, акцент смещается на подготовку пациента к завершению лечения и обучение его профилактике рецидива (см. главу 15).

Планируя индивидуальную сессию, терапевт учитывает текущую стадию терапии. Как подчеркивалось в главе 2, он управляет процессом терапии, используя концептуализацию пациента. Перед началом сессии терапевт заносит вопросы повестки дня в бланк "Заметки о ходе терапии" (см. рис. 4.3), но готов к тому, чтобы в случае необходимости пренебречь ими. Когда пациент рассказывает о своем настроении, о том, как прошла неделя, и определяет пункты повестки дня, терапевт мысленно формулирует конкретную цель или цели на данную сессию. Например, на третьей сессии цели терапевта следующие: обучить Салли оценивать свои автоматические мысли в структурированной форме и убедить ее продолжать планировать приятное проведение досуга. Во время четвертой сессии терапевт обсуждает с пациенткой проблемы с поиском работы на неполный рабочий день и учит правильно реагировать на негативные автоматические мысли. Терапевт постоянно стремится совместить свои цели с вопросами, предложенными пациентом в качестве повестки дня. Таким образом, он обучает ее решению проблем и навыкам когнитивной реструктуризации *в контексте ситуаций, которые она выносит па терапию.* Это сочетание решения проблем и помощи пациенту в реагировании на его мысли обычно дает терапевту и пациенту достаточно времени, чтобы рассмотреть только одну или две проблемы из заявленных в повестке дня па данную сессию.

В процессе сессии терапевт делает заметки, которые помогают ему уточнить концептуализацию, отслеживать ход сессии и планировать последующие сессии (см. рис. 4.3). Кроме того, терапевт берет себе копию заметок, сделанных пациентом. Целесообразно отмечать обсуждаемые проблемы, дисфункциональные мысли и убеждения (записанные слово в слово), степень изначальной веры в них пациента, вмешательства по ходу терапии, сравнительный успех этих вмешательств, новые, измененные мысли и убеждения и степень уверенности в них пациента, содержание домашнего задания и предполагаемые пункты повестки дня на следующую сессию. Даже опытным терапевтам не всегда удается запомнить вес эти важные факты без записей.

В этой главе речь идет о структуре и формате типичной ранней терапевтической сессии и кратко описывается процесс терапии. Следующая глава

посвящена проблемам, возникающим в ходе структурирования сессий, а глава 16 подробно описывает принципы планирования лечения перед началом каждой сессии, между сессиями и на протяжении всего курса терапии.

## Заметки о ходе терапии

**Имя пациента:** *Салли* **Дата:** *15.03* **Сессия №** *7*

**Результаты объективных исследований:** *Шкала депрессии Бека = 18, Шкала тревоги Бека = 7, Шкала безнадежности Бека = 9*

**Повестка дня, предложенная пациентом:**

*Проблема с сочинением по английскому языку.*

**Цели терапевта:**

*Побуждать пациентку отказаться от мышления в стиле перфекционизма.*

*Снизить тревожность и побудить ее заниматься делами, приносящими ей удовольствие.*

**Основные пункты сессии:**

**1.** *В последнюю неделю чувствует себя менее подавленной и тревожной.*

**2.**

| *Ситуация/проблема* | | *Автоматические мысли* | | *Эмоции* |
|---|---|---|---|---|
| *Сочинение по английскому языку должно быть готово к завтрашнему дню* | → | *Оно еще не готово* | → | *Тревога* |

*Вмешательство* — *работа с бланком РДМ* — *прилагается*

*Результат: Тревога* ↓ *(снижается)*

| | |
|---|---|
| **3.** *Старое убеждение:* | *Если я не получу "отлично", я не достигну успеха, а значит, я никчемная.* 90% **(сила убеждения).** |
| *Вмешательство:* | *Обратиться за помощью к Донне* **(подруга).** |
| *Результат:* | 80% **(переоценка силы убеждения).** |
| *Вмешательство № 2:* | *Рационально-эмотивная ролевая игра.* |
| *Результат:* | 60% **(переоценка силы убеждения).** |
| *Новое убеждение:* | *Мне не обязательно получать все оценки "отлично", чтобы достичь успеха, ни сейчас, ни в дальнейшем. 80%* |

**4.** *Копинг-карточка: задать вопрос после уроков (прилагается).*

**Домашнее задание. (Если пациент записывает домашнее задание не на самокопировальной бумаге, просто приложите копию, не записывая.)**

*Заполнение бланка РДМ и списка достижений*

*Перечитать записи, сделанные во время сессии, и подумать над старыми и новыми убеждениями относительно успеха.*

*Перечитывать копинг-карточки три раза в день и по необходимости; задать один или два вопроса после уроков.*

*Поработать над улучшением сочинения — 1 час.*

**Задание к следующей сессии:**

*Подумать над тем, как перфекционизм влияет на разные аспекты жизни.*

**Рис. 4.3.** Заметки о ходе терапии

# ГЛАВА 5 ТРУДНОСТИ В СТРУКТУРИРОВАНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЕССИИ

В структурировании сессий неизбежно возникают трудности. Когда терапевт выявляет наличие проблемы, он вначале четко определяет ее, затем концептуализирует, почему она возникла, и наконец, разрабатывает решение, которое не разрушило бы терапевтический альянс.

Общераспространенная трудность заключается в том, что терапевту не удается эффективно социализировать пациента [5]. Во многих случаях терапевту необходимо лишь углубить свои навыки в проведении социализации или оценить и проанализировать собственные автоматические мысли о структурировании сессий.

Терапевту важно осознавать, что пациент, который не знаком с когнитивной терапией, не знает наперед, что терапевт попросит его рассказать о прошедшей неделе, описать настроение и кратко определить повестку дня. Пациент также не предполагает, что от него будут ожидать подведения итогов сессии, обратной связи; а также того, что ему предстоит запоминать содержание сессий и ежедневно выполнять домашние задания. Когнитивный терапевт обучает пациента не только определенным навыкам, но и новым способам взаимоотношений с терапевтом (особенно это касается тех, кто подвергался воздействию других видов психотерапии) и/или новому отношению к его трудностям, чтобы пациент мог принять более адаптивный, направленный на решение проблем подход.

Поэтому терапевт должен снова и снова представлять пациенту каждый из элементов терапевтической сессии, давать их логическое обоснование и исследовать результаты проведенной работы с помощью обратной связи, В противном случае пациент не предоставит терапевту наиболее важной информации, и следовательно, сессия окажется менее успешной.

Другая распространенная сложность в структурировании сессий заключается в нежелании пациента следовать установленной структуре сессии в связи с его самовосприятием, дисфункциональными убеждениями о себе, о терапевте и/или процессе терапии. В этом случае терапевт концептуализирует причины

возникновения данной проблемы и продумывает способ ее решения. У него есть следующие возможности.

• Признать дискомфорт пациента, но настаивать на соблюдении установленных правил проведения сессии, например, в качестве эксперимента.

• Позволить пациенту доминировать и контролировать ход сессии - поначалу.

• Договориться с пациентом, то есть найти компромисс, который устраивал бы обоих, и со временем подвести пациента к соблюдению стандартной структуры сессии.

Чаще всего наиболее целесообразен последний способ решения проблемы.

Как терапевт определяет, из-за чего возникли трудности в соблюдении установленного порядка сессии - из-за ошибочной концептуализации или из-за нежелания пациента придерживаться установленной извне (якобы навязанной ему) структуры? Вначале терапевт продолжает социализировать пациента в когнитивной терапии и оценивает его вербальные и невербальные реакции. В том случае, если причины сопротивления пациента вызваны всего лишь трудностями с социализацией, ответы пациента довольно нейтральны (или, возможно, слегка самокритичны), и в дальнейшем он легко идет на уступки. Если же пациент демонстрирует ярко выраженные отрицательные эмоции, он, вне всякого сомнения, негативно воспринимает запрос терапевта. В этом случае терапевту следует выявить и подробно проанализировать все реакции пациента.

Третья распространенная трудность в соблюдении установленной структуры сессий возникает, если манера высказываний терапевта чересчур требовательная или контролирующая. Терапевт может выявить эту проблему, прослушивая аудиозапись или просматривая видеозапись сессии, и при первой же возможности исправляет допущенную ошибку: "Мне кажется, что на прошлой сессии я выразился чересчур жестко. Я прошу прощения и хочу убедиться, что вы согласны с тем, как будут проходить сессии".

Перейдем к рассмотрению типичных проблем, возникающих на каждой стадии терапевтической сессии, исключая те, которые возникли из-за грубых ошибок терапевта.

## ОБЗОР МИНУВШЕЙ НЕДЕЛИ

Нередко сложности возникают, когда пациент начинает сессию с излишне детализированного или сбивчивого рассказа о событиях минувшей недели. В этом случае терапевт мягко, но настойчиво прерывает монолог пациента, подчеркивая важность сосредоточения в рамках одной терапевтической сессии на определенных проблемах.

Терапевт: Позвольте, я прерву вас на секунду. Мне очень важно увидеть общую картину прошлой недели и углубиться в детали, но немного позже. А сейчас не могли бы вы просто сказать мне, какой была эта неделя в двух, трех или четырех предложениях? Оказалась ли эта неделя в целом удачной? Или была неудачной? Или ваше настроение менялось - вы испытывали как подъемы, так и спады? Что произошло важного?

Если пациент продолжает углубляться в детали, вместо того чтобы сделать краткий обзор, терапевт может продемонстрировать, чего он ожидает от пациента.

Т: Я понимаю, что вы хотите сказать: "Это была довольно сложная неделя. Я поссорился с другом, я постоянно тревожился и не мог сосредоточиться на работе". Это и есть общая картина, о которой я говорил. Она поможет мне определить важные моменты, которые следует включить в повестку дня и о чем следует поговорить позже. Стало ли вам теперь понятнее, чего я ожидаю от вас, когда в начале сессии спрашиваю, как прошла неделя? Сможете ли вы впредь отвечать мне подобным образом?

Позже, по ходу сессии, терапевт напоминает пациенту, чтобы перед началом следующей сессии он мысленно подготовился к общему (всего лишь в несколько предложений) обзору минувшей недели.

Бывает, что пациент отлично понимает, чего от него ждут, и *способен* представить точный обзор, но *не желает* этого делать. Если терапевт предполагает, что вопрос о причинах отказа следовать установленным правилам способен разрушить терапевтический альянс, он может позволить пациенту на данной стадии сессии действовать но своему усмотрению. (Принимая такое решение, терапевт учитывает вербальные и/или невербальные реакции пациента на прежние попытки структурировать процесс лечения, а также прямые утверждения пациента о его предпочтениях относительно

процесса терапии либо сообщения самого пациента, который заявлял о своей бурной негативной реакции на попытки окружающих контролировать его или оказывать на него давление.)

Пациентов, которые принимают идею структурирования сессии "в штыки", не так уж много. Обычно терапевт может спокойно исследовать причины

сопротивления пациента и затем совместно с ним решить эту проблему. Попросив пациента рассказать о минувшей неделе более кратко, четко и по существу и отметив сдвиг в сторону негативных реакций, терапевт может спросить: "О чем вы подумали, когда я попросил вас рассказать о прошедшей неделе в нескольких словах?" Выявив автоматические мысли пациента, терапевт может:

• помочь ему оценить достоверность этих мыслей (насколько они отражают объективную реальность);

• применить технику падающей стрелы (см. главу 10), чтобы установить значение для пациента этих мыслей;

• произнести эмпатическое утверждение и приступить непосредственно к решению проблемы.

Предпочтительным обычно является последний из представленных вариантов. А предлагать пациенту оценить его мысли в тот момент, когда он раздражен, следует очень осторожно. Если терапевт проявляет заботу о пациенте и готовность искать компромисс, тот часто перестает воспринимать терапевта как чрезмерно контролирующего и оказывающего давление (соответствующее действительности или нет).

Т: Мне жаль, что вам показалось, будто я снова вас перебиваю. Понимаю, что вам есть о чем рассказать, и я *действительно* хотел бы услышать все это. Предлагаю вам выбрать одну из двух возможностей. Либо мы продолжим обсуждать прошедшую неделю, либо поместим пункт "краткий обзор минувшей недели" в повестку дня сегодняшней сессии и уделим этому вопросу достаточно времени позднее (после того как оценим ваше состояние и определим, о чем еще нам следует сегодня поговорить).

## ОЦЕНКА НАСТРОЕНИЯ

Самые распространенные проблемы этой стадии терапевтической сессии - признание пациента, что он не заполнил диагностические

бланки, его раздражение в связи с необходимостью их заполнения или жалоба, что ему сложно лаконично выразить свое настроение в течение минувшей недели. Причиной всех этих и подобных сложностей могут быть ошибки при обучении пациента заполнению бланков. В этом случае следует напомнить пациенту логическое обоснование необходимости заполнения бланков, подчеркнуть, что пациент дал согласие на проведение диагностики, и на основании полученных ответов определить, существует ли практическая трудность, которую можно разрешить (например, нехватка времени или забывчивость).

Если в ответ на просьбу заполнить бланки пациент выказывает раздражение, терапевт интересуется его мыслями в те моменты, когда он думает о заполнении бланков или работает с ними. Если пациенту не удается выявить автоматические мысли, терапевт спрашивает его о значении всей этой ситуации: "Что *означает* для вас просьба заполнить диагностические бланки?" В ответ на беспокойство пациента терапевт проявляет эмпатию, а также сообщает о своей готовности помочь ему оценить значимые мысли и убеждения и/или решить данную проблему. Следующие примеры иллюстрируют каждый из вариантов действий терапевта.

Пациент: Заполнение этих бланков - пустая трата времени. Половина вопросов совершенно бессмысленны.

Т: Я понимаю, что вам *кажется,* будто заполнение форм - пустая трата времени, поскольку не все вопросы имеют к вам непосредственное отношение. Однако так мы сэкономим массу времени на сессии, потому что я смогу быстро просмотреть ваши ответы и получить общее представление о вашем состоянии, не задавая десятки лишних вопросов. Согласны ли вы еще раз попытаться заполнить эти бланки к нашей следующей встрече? А если это будет по-прежнему беспокоить вас, мы поговорим об этом подробнее.

В следующем примере пациент своими словами, жестами и тоном голоса ясно дает терапевту понять, что раздражен.

П: Заполнение этих бланков - пустая трата времени. Половина вопросов совершенно бессмысленны.

Т: Что означает для вас просьба заполнить эти бланки?

П: Я очень занят. У меня много дел. Если я начну тратить время на выполнение бессмысленных заданий, я ничего не успею.

Т: Я вижу, что вы раздражены. А сколько времени займет заполнение этих бланков?

П: ...Не знаю. Наверное, минут десять.

Т: Я понимаю, что вы считаете эту работу несущественной, но на самом деле, если вы заполните бланки, мы сэкономим время сессии, потому что мне не придется задавать вам много вопросов. Согласны ли вы, чтобы мы попытались решить эту проблему и подумать вместе над тем, как вам выкроить десять минут в неделю, которые необходимы для заполнения этих форм?

П: Тут нечего решать. Я сделаю это. Думаю, что в следующий раз мне надо просто пораньше уйти с работы.

В данном случае терапевт помогает пациенту осознать значение ситуации. Пациент явно преувеличивает сложность задания, и терапевт подводит его к

мысли, что заполнение бланков не займет много времени. Терапевт избегает *прямого* оценивания идей пациента, поскольку тот раздражен и может воспринять это крайне негативно.

В третьем случае терапевт предполагает, что продолжив убеждать пациента заполнить бланки, он нарушит и без того хрупкий терапевтический альянс.

П: *(Сердито.)* Эти бланки - полная чушь! Это мне совсем не подходит. Я знаю, что *вам* надо, чтобы я их заполнил, но повторяю: я не буду этого делать!

Т: Хорошо, давайте отложим их на время, или же вы можете заполнять бланки лишь время от времени. Однако мне *необходимо* получить ясное представление о том, как вы себя чувствовали в течение минувшей недели. Согласны ли вы рассказать мне, насколько сердитым, грустным или встревоженным вы ощущали себя, по шкале от 0 до 100?

Еще одна возможная проблема касается трудностей пациента в субъективном выражении его настроения. Он либо противится этому сознательно, либо действительно не способен дать определение своему настроению.

Терапевт может мягко прервать пациента и задать четкие вопросы или показать ему пример ожидаемого ответа.

Т: Позвольте, я прерву вас на секунду. Можете ли вы ответить мне, всего одним предложением, каким было ваше настроение в течение

минувшей недели по сравнению с предыдущей? Я *действительно* хочу подробнее разобраться к вашей проблеме с братом, но давайте поговорим об этом немного позже. Вначале скажите, чувствуете ли вы себя в целом лучше, хуже или так же по сравнению с предыдущей неделей,

П: Думаю, немного хуже.

Т: Больше тревожитесь? Больше грустите? Больше сердитесь?

П: Возможно, больше тревожусь. Грущу так же, как и раньше. И ни на кого не сержусь.

Если пациенту не удается подобрать нужные слова для описания своего состояния, отклик терапевта может быть иным.

Т: Похоже, вам сложно обсуждать свои переживания. Может быть, нам следует включить вопрос "Определение эмоций и состояний" в сегодняшнюю повестку дня?

Техники, с помощью которых терапевт учит пациента точно определять его настроение, представлены в главе 7.

## СВЯЗЬ С ПРЕДЫДУЩЕЙ СЕССИЕЙ

На этом этапе терапии пациенту может не удаваться вспомнить содержание предыдущей сессии. Другой распространенной проблемой является отказ предоставлять терапевту негативную обратную связь. В качестве одного из решений проблемы терапевт может перед началом каждой сессии предлагать пациенту заполнить бланк "Мост между сессиями" (см. главу 4, рис. 4.1). Однако имейте в виду, что трудности в обсуждении ключевых моментов предыдущей сессии чаще всего возникают в тех случаях, когда терапевт не побуждает пациента вести записи по ходу сессии или когда пациент не выполняет домашнего задания, согласно которому эти записи следует перечитывать ежедневно.

Как убедить пациента честно рассказать о восприятии им предыдущей сессии? Для начала терапевту следует проявить большую настойчивость, как в примере, приведенном ниже (если терапевт подозревает, что у пациента сложилось негативное представление о предыдущей сессии).

Т: Итак, вы утверждаете, что прошлая сессия была удачной. Но если бы вас что-нибудь беспокоило, вы бы мне об этом рассказали?

П: Наверное, да.

Т: Хорошо. И поскольку я *действительно* хочу, чтобы ваше состояние улучшилось, я прошу вас делиться со мной любыми проблемами, чтобы мы решали их вместе.

Затем терапевт может попытаться выяснить, что *означает* негативная обратная связь для этого пациента.

Т: Итак, вы утверждаете, что в целом удовлетворены предыдущей сессией. На если бы вас что-нибудь *беспокоило* и вы сказали мне об этом, что это означало бы для вас?

П: О, я бы никогда не осмелился критиковать вас. Я понимаю, что вы хотите мне добра и делаете все как можно лучше.

Т: Спасибо. Но я всего лишь человек и иногда допускаю ошибки. Что означала бы для вас критика в мой адрес?

П: Я оказался бы неблагодарным...

Т: Хм... Неужели это автоматически следует одно из другого? Я имею в виду, неужели в том случае, когда вы честно делитесь со мной своими мыслями и чувствами [предоставляете мне негативную обратную связь, которую я попросил у вас и действительно хочу услышать], — это означает, что вы неблагодарны? Следует ли нам внести этот вопрос в повестку дня, чтобы позже поговорить об этом подробнее?

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОВЕСТКИ ДНЯ

Типичные трудности на этом этапе сессии возникают, когда пациент не способен или отказывается участвовать в определении повестки дня, отвлекается во время обсуждения повестки дня на посторонние вопросы или испытывает отчаяние и полагает, что в обсуждении вопросов, включенных в повестку дня, нет никакого смысла. Отказ пациента от участия в обсуждении повестки дня свидетельствует о том, что он либо недостаточно социализирован, либо придает участию в определении повестки дня негативное значение. Оба этих возможных случая иллюстрируются приведенными ниже примерами.

Т: Что вы предлагаете включить в повестку дня?

П: ...Если честно, то мне все равно...

Т: С какими трудностями вы сталкивались на минувшей неделе? Или какие проблемы видите в ближайшем будущем?

П: Я не знаю. Все идет как обычно.

Т: В таком случае, согласны ли вы внести в повестку дня вопрос о том, как вы продвигаетесь к целям, которые мы наметили в начале терапии?

П: Хорошо.

Т: Тогда в качестве домашнего задания к следующей сессии я прошу вас продумать цели, которые вы хотели бы включить в повестку дня следующей сессии, и записать их.

Если в точение следующей недели пациенту по-прежнему не удастся определить цели (это будет однозначно свидетельствовать о том, что он испытывал трудности), терапевт пытается выявить сопутствующие автоматические мысли пациента и/или значение для него этого задания.

Т: Если я не ошибаюсь, мы договорились, что вы продумаете повестку дня?

П: Да... Но я не знаю... Ничего не пришло в голову.

Т: Пытались ли вы обдумать возможные пункты повестки дня? Какие у вас возникали мысли?

П: Я не знаю... Что *вы* - врач и вам виднее, о чем следует говорить.

Т: Как вы себя чувствуете, когда я предлагаю вам составить повестку дня?

П: Нормально.

Т: Может быть, вы немного раздражены?

П: Немного.

Также терапевт может поинтересоваться ожиданиями пациента в отношении терапии и помочь ему оценить преимущества и недостатки этих ожиданий.

Пациентам, которые с готовностью пускаются в подробные описания всех нюансов конкретной проблемы, вместо того чтобы просто назвать ее во время определения повестки дня, обычно требуется лишь немного пояснений.

Т: *(Мягко прерывает пациента.)* Очевидно, это важная проблема. Можете ли вы сейчас просто сформулировать название пункта повестки дня, а мы вернемся к этому спустя некоторое время? Можно ли сказать так: "Проблема с моим начальником"?

П: Да.

Т: Так и запишем. Теперь сформулируйте, пожалуйста, название следующего пункта повестки дня. О чем еще нам следовало бы поговорить на этой сессии?

Пациента, который и на следующей сессии вместо краткого изложения сути проблем начинает вдаваться в мельчайшие подробности, следует попросить в качестве домашнего задания изложить пункты повестки дня в письменном виде.

Третья проблема в определении повестки дня возникает, когда пациент охвачен отчаянием и обсуждение трудностей представляется ему бессмысленным. В этом случае терапевт знакомит пациента с моделью решения проблем.

Т: Итак, у нас уже есть два пункта повестки дня: ваша утомляемость и организация ваших финансов с целью выплаты налогов. Что-нибудь еще?

П: *(Вздыхает.)* Нет... Да... Я не знаю... Я просто не справлюсь со всем этим. Наверное, мне ничего не поможет.

Т: Вы полагаете, что разговоры, которые мы ведем здесь о ваших проблемах, не помогут их решить?

П: Конечно. Какой в этом смысл? Я имею в виду, что мы не исправим разговорами тот факт, что я задолжала огромные суммы и настолько плохо себя чувствую, что не в силах встать с постели по утрам. Не говоря уже о том, что я запустила свой дипломный проект и теперь меня наверняка исключат из университета.

Т: Да, это правда, что мы не можем исправить все сразу. Правда и то, что у вас *настоящие* проблемы, над которыми нам предстоит поработать вместе. И сейчас, поскольку у нас достаточно времени *только* для того, чтобы попытаться решить только одну проблему, какая, на ваш взгляд, заслуживает нашего первоочередного внимания?

П: Я не знаю... Наверное, усталость. Если у меня появятся силы, я смогу действовать...

В приведенном примере терапевт подтверждает, что проблемы пациента реальны, что над ними можно работать по очереди и что пациенту не придется

решать их в одиночку. Вынуждая пациента сделать выбор, терапевт способствует *смещению* фокуса внимания на выбор проблемы и тем самым начинает процесс се решения. В случае отказа пациента

выбрать первоочередную проблему терапевт применяет другую тактику.

Т: Похоже, вы совсем утратили надежду. Я не могу гарантировать вам, что мы, работая вместе, изменим ситуацию, но все же нам стоит попытаться. Вы согласны? Для начала, давайте поговорим о вашей утомляемости, а там будет видно.

Признав чувство безнадежности пациента и невозможность гарантировать ему успех, терапевт предлагает последнему пойти на эксперимент.

## АНАЛИЗ ДОМАШНЕГО ЗАДАНИЯ

Терапевт допускает распространенную ошибку, если торопится перейти к обсуждению вопросов повестки дня и упускает возможность обсудить выполненное пациентом домашнее задание. Терапевт с большей вероятностью вспомнит, что необходимо уделить внимание домашнему заданию, если держит в поле зрения список шести элементов терапевтической сессии (приведен в начале главы 4), свои записи, сделанные во время предыдущей сессии, а также описание домашнего задания.

Когда терапевт проводит анализ домашнего задания очень скрупулезно, не торопясь переходить к вопросам повестки дня и зачастую не обращая внимания на негативные эмоциональные реакции пациента, он допускает противоположную ошибку.

Другие трудности, касающиеся выполнения домашнего задания, мы подробно обсуждаем в главе 14.

## ОБСУЖДЕНИЕ ВОПРОСОВ ПОВЕСТКИ ДНЯ

Распространенные проблемы, возникающие на этом этапе терапевтической сессии, включают:

- чувство безнадежности у пациента;
- сбивчивое, отклоняющееся от темы обсуждение;
- неэффективный темп дискуссии;
- неспособность терапевта провести терапевтическое вмешательство.

Дискуссия отклоняется от темы в том случае, если терапевт не поддерживает установленную структуру сессии (мягко прерывая

пациента, когда это необходимо, и возвращаясь к теме в нужный момент), а также если он не

акцентирует внимание на *ключевых* автоматических мыслях, эмоциях, убеждениях и поведении и/или не подводит время от времени промежуточный итог. В следующем примере терапевт подводит *краткий* итог сумбурного, занявшего несколько минут рассказа пациентки и побуждает ее к выявлению автоматических мыслей.

Т: Позвольте мне уточнить, правильно ли я вас понял. Вчера вы поссорились со своей сестрой. Из-за этого вы вспомнили о предыдущих ссорах и разозлились еще сильнее. А потом сестра обвинила вас в том, что вы не помогаете маме. О чем вы подумали, когда она сказала; "В семье не без урода"?

Неэффективный темп дискуссии зачастую является проблемой начинающих терапевтов, которым свойственно переоценивать свои силы и преувеличивать число тем и вопросов, которые можно обсудить на одной сессии. Поэтому желательно определить приоритеты и выбрать один или два первоочередных вопроса, обсуждению которых и посвятить текущую сессию. И терапевт, и пациент должны следить за временем на протяжении сессии и совместно решать, за что браться, если сессия подходит к концу. (Иными словами, это означает, что необходимо расположить двое часов так, чтобы за временем мог наблюдать каждый участник процесса.)

Т: До подведения итогов и завершения сессии у нас осталось всего десять минут. Вы хотите еще поговорить об этой проблеме с вашим соседом или же закончить ее обсуждение в течение минуты или двух, чтобы у нас осталось время обсудить другой вопрос, например, ссору с вашим коллегой?

Третья проблема, возникающая на этом этапе терапевтической сессии, - неспособность терапевта провести терапевтическое вмешательство. Во многих случаях для улучшения состояния пациента *не достаточно* определения проблемы или выявления дисфункциональных мыслей или убеждений. Терапевт должен осознавать свою цель - помочь пациенту - и правильно реагировать на дисфункциональные мысли и убеждения пациента, стремясь разрешить (хотя бы частично) его проблемы или определить содержание домашнего задания, которое должно быть направлено на разрешение проблемы либо снижение ее остроты.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ НОВОГО ДОМАШНЕГО ЗАДАНИЯ

В следующих случаях вероятность выполнения пациентом домашнего задания существенно снижается.

• Домашнее задание слишком сложное для пациента или не имеет отношения к его запросам.

• Терапевт не предоставляет пациенту хорошее логическое обоснование необходимости выполнения домашнего задания.

• Терапевт не проводит анализ выполненного домашнего задания, о чем пациенту известно по предыдущим сессиям.

• Терапевт не обращает внимания пациента на то, что необходимо ежедневно выполнять домашнее задание в целом и определенные задания в частности.

• Терапевт не учит пациента определять домашнее задание.

• Терапевт не предлагает пациенту начать выполнение домашнего задания непосредственно на сессии, не проводит предварительное проигрывание ситуации (см. главу 14. раздел "Анализ возможных сложностей") и не задает стандартные вопросы о возможных обстоятельствах, способных помешать выполнению домашнего задания.

• Терапевт не побуждает пациента записывать установленное домашнее задание.

• Терапевт самостоятельно определяет домашнее задание, которое пациент, возможно, не согласен выполнять.

Если ничто из перечисленного не отражает реальной ситуации, терапевт выясняет, нет ли у пациента дисфункциональных убеждений в отношении домашнего задания ("Если я не стану переутомляться, мое состояние улучшится", "Лечить меня должен терапевт, а мое дело маленькое", "У меня не получится выполнить это домашнее задание", "Домашнее задание - это пустая трата времени, оно не улучшит моего состояния" и т.д.) и помогает ему проанализировать их. Подробнее домашнее задание обсуждается в главе 14.

## ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ

Чтобы убедиться в понимании пациентом сути терапевтической работы, терапевт на протяжении всей сессии подводит промежуточные

итоги и побуждает о записывать ключевые тезисы сессии. Заключительное же подведение итогов может представлять собой краткий обзор заметок пациента и вербальное подведение итогов любых тем, которые обсуждались в ходе сессии.

Если пациент не делает записей во время сессии, заключительное подведение итогов усложняется. К тому же пациенту не удастся надолго удержать в памяти содержание проведенной сессии.

## ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

Распространенная проблема на данном этапе возникает в том случае, когда пациент к окончанию сессии испытывает негативные эмоции (а лимит времени исчерпан) или когда пациент не способен выразить свои негативные переживания. Лучшее решение, позволяющее избежать выхода за временные рамки сессии, - приступить к завершению сессии за десять минут до ее предполагаемого окончания. В этом случае терапевт может эффективнее определить новое домашнее задание, подвести заключительный итог сессии, получить от пациента обратную связь и ответить на нее. Вот пример ответа терапевта на негативную обратную связь.

Т: Сказал ли я сегодня что-нибудь такое, что беспокоит вас?

П: Наверное, вы просто не понимаете, насколько мне сложно жить. У меня столько ответственности и столько проблем... *Вам легко* говорить, что я должен сосредоточиться на работе и забыть все, что у меня произошло с начальником.

Т: Прошу прощения, если дал вам повод так подумать. Я *имел в виду,* что понимаю ваше огорчение из-за ссоры с начальником и искренне хочу помочь вам. Если не возражаете, в следующий раз мы поговорим об этом подробнее. Но сказал ли я или сделал что-нибудь такое, что заставило вас подумать, будто я предлагаю вам просто-напросто забыть об этой проблеме с начальником?

Затем терапевт проясняет ситуацию для пациента.

## ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ИЗ-ЗА КОГНИЦИЙ ТЕРАПЕВТА

Когда мы ведем речь о проблемах, представленных выше, то предполагаем, что терапевт принимает стандартную структуру терапевтической сессии и способен ее поддерживать. Ниже перечислены примеры типичных проблемных мыслей и убеждений терапевта, препятствующие проведению сессии согласно установленной структуре.

"Мне не удается структурировать сессию".

"Пациенту не понравится, что я структурирую сессию".

"У него (пациента) не получится кратко выразить свои мысли".

"Не хорошо перебивать пациента".

"Пациент разозлится, если я буду слишком категоричен".

"Он не выполнит домашнее задание".

"Если я попробую оценить мышление пациента, он подумает, что я его обвиняю".

На протяжении каждой сессии и между ними терапевту необходимо оценивать свой собственный уровень дискомфорта и выявлять свои автоматические мысли. Выявив проблему, он оценивает свои мысли, ищет альтернативные ответы на них и решает проблему, чтобы на следующей сессии эксперимент по соблюдению стандартной структуры сессии оказался более успешным.

# ГЛАВА 6 ВЫЯВЛЕНИЕ АВТОМАТИЧЕСКИХ МЫСЛЕЙ

Согласно когнитивной модели, автоматические мысли, которые определяют последующие эмоции, поведение и физиологический ответ организма, чаще обусловлены *восприятием* человеком ситуации, чем собственно ситуацией. Конечно, некоторые события могут быть безусловно травмирующими: оскорбления, отказы, всевозможные неудачи. Но людям, имею психологические нарушения, свойственно неверно трактовать нейтральные или даже благоприятные для них ситуации. В таких случаях автоматические мысли бывают искаженными и предвзятыми. Выявление ошибок мышления, их критичная оценка и коррекция способствуют улучшению состояния пациентов.

В этой главе представлены особенности автоматических мыслей, а также техники, позволяющие их выявлять. Вы узнаете о том, как следует разъяснять пациентам природу автоматических мыслей, разницу между автоматическими мыслями и интерпретациями и обучать пациентов выявлять их собственные автоматические мысли. Следующая глава посвящена негативным эмоциям: их выявлению и оценке интенсивности, а также отличиям от автоматических мыслей.

## ОСОБЕННОСТИ АВТОМАТИЧЕСКИХ МЫСЛЕЙ

Автоматические мысли - это поток мышления, который существует параллельно с более явным потоком мыслей (Beck, 1964). Эти мысли не свойственны исключительно людям, испытывающим психологический дистресс; они характерны для каждого из нас. Чаще всего мы не отдаем себе отчета в автоматических мыслях, хотя этому легко научиться. Научившись осознавать автоматические мысли, человек может также научиться проверять и него нет психологических расстройств).

Например, некий читатель этой книги, знакомясь с содержат главы, может думать: "Я этого не понимаю" и немного тревожиться. Однако он может спонтанно (то есть неосознанно) откликнуться на эту мысль более

адаптивным способом: "Мне многое понятно; наверное, следует перечитать эту главу еще раз".

Это самый распространенный способ проверки негативных автоматических мыслей реальностью и ответа на них. Но прибегнуть к нему в состоянии дистресса нелегко. Поэтому в арсенале когнитивной терапии есть приемы, предполагающие осознанную и структурированную оценку автоматических мыслей, в том числе и при наличии сопутствующих негативных эмоций.

Приведем пример с Салли. Когда она читала учебник по экономике, у нее возникли такие же мысли, как и в предыдущем примере: "Я этого не понимаю". Затем ее мышление стало даже более категоричным: "Я *никогда* этого не пойму". Девушка приняла эти мысли за правду и, естественно, огорчилась. В процессе терапии терапевт обучил Салли применению когнитивных навыков и предложил ей использовать свои негативные эмоции как сигнал к поиску, выявлению и оценке своих автоматических мыслей. Теперь Салли может дать более адаптивный ответ на подобные мысли: "Так, минуточку. Совсем не обязательно, что я никогда этого не пойму. Да, я пока не разобралась в этой теме полностью. Но если я перечитаю главу или вернусь к ней позже, когда немного отдохну, многое для меня прояснится. Но в любом случае, понимание этой темы - не самая главная жизненная задача для меня. К тому же, я могу попросить кого-нибудь из сокурсников помочь мне разобраться".

Хотя автоматические мысли возникают внезапно, их можно предсказывать, зная глубинные убеждения пациента. Когнитивный терапевт стремится выявить характерные для пациента дисфункциональные мысли, которые искажают восприятие им реальности, вызывают негативные эмоции и/или препятствуют достижению поставленных целей. Дисфункциональные автоматические мысли почти всегда негативны, кроме тех случаев, когда пациент страдает манией или гипоманией, нарциссическим расстройством либо употребляет психоактивные вещества.

Обычно автоматические мысли мимолетны и обрывочны. Чаще всего пациент осознает лишь *эмоцию,* которая возникла как "ответ" на мысль. Во время терапевтической сессии пациент может заявить о своих эмоциональных переживаниях: тревоге, тоске, раздражении или

смущении, не отдавая себе отчета в автоматических мыслях до тех пор, пока терапевт не поможет ему прояснить этот вопрос.

Эмоции, которые испытывает пациент, напрямую связаны с содержанием его автоматических мыслей. Например, Салли думает: "Я просто дура. Я не понимаю, что он (терапевт) имеет в виду", - и ее охватывает отчаяние. В другой раз девушка думает так: "Он посмотрел на часы. Для него я просто одна из многих" - и начинает злиться. А когда у нее на уме мысли "Что если терапия мне не поможет? Куда мне обращаться?", ее поглощает тревога.

Хотя автоматические мысли зачастую принимают сокращенную, "стенографическую" форму, пациент может легко озвучить их, когда терапевт интересуется у него *значением* этих мыслей. Например, "О, нет!" может означать: "Он (терапевт) дает мне очень большое домашнее задание". "Черт возьми!" может быть выражением такой идеи: "Я забыла свой ежедневник и не смогу определиться с датой следующей сессии; я, конечно, полная дура".

Автоматические мысли могут существовать в вербальной, визуальной форме (образы и представления) или обеих сразу. Помимо вербальной автоматической мысли "О, нет!", Салли представляет себя, сидящую за письменным столом поздно ночью и выполняющую домашнее задание (см. главу 13, посвященную визуальным автоматическим мыслям).

Автоматические мысли можно оценить согласно критериям *достоверности* и *выгоды.* Чаще всего автоматические мысли некоторым образом искажены и существуют вопреки объективным доказательствам. Есть и точные автоматические мысли, но *вывод*, который делает пациент, может быть неверным. Например, "Я не выполнил свое обещание" - вполне справедливая мысль, но ошибочен вывод, следующий из нее: "Поэтому я бестолочь".

Третий тип автоматических мыслей - достоверные, но, бесспорно, деструктивные идеи. Например, Салли готовилась к экзамену, и у нее возникла мысль: "Тут еще гора работы. Я не закончу раньше трех часов ночи". Эта мысль справедлива, но она приводит к тому, что тревожность Салли возрастает, а концентрация и мотивация - снижаются. Рациональным ответом на эту мысль может быть следующий: "Мне действительно придется еще долго заниматься, но я справлюсь. Со мной случалось такое. Если я буду пытаться угадать,

сколько времени требуется, чтобы закончить подготовку, я буду плохо себя чувствовать и закончу еще позже. Лучше я постараюсь сконцентрироваться на выполнении одной части работы и похвалю себя, когда ее закончу". Оценка достоверности и/или выгоды автоматических мыслей и адаптивный ответ на них обычно способствуют значительному улучшению эмоционального состояния пациента.

Итак, автоматические мысли существуют наряду с более явным и очевидным потоком мышления, возникают спонтанно и не основаны на рефлексии (размышлении, обдумывании). Люди часто в большей степени осознают эмоции, связанные с определенными автоматическими мыслями, чем собственно мысли. Однако этому легко научиться. Значимые мысли вызывают специфические эмоции в зависимости от содержания. Они часто короткие и мимолетные и могут принимать вербальную и/или образную форму. Люди обычно принимают свои автоматические мысли за истину, без размышлений или трезвой их оценки. Выявление и оценка автоматических мыслей, а также рациональный (адаптивный) ответ на них способствуют улучшению самочувствия пациента.

## ОБЪЯСНЕНИЕ ПАЦИЕНТУ ПРИРОДЫ АВТОМАТИЧЕСКИХ МЫСЛЕЙ

Разговор об автоматических мыслях желательно построить на примерах, приведенных самим пациентом. Один фрагмент такого диалога показан в главе 3, теперь представим еще один.

Терапевт: Давайте поговорим о связи между мыслями и чувствами. Можете ли вы вспомнить недавний случай, когда вы были расстроены?

Пациент: Да. Сегодня утром, когда я шла на занятия.

Т: Что вы испытывали: грусть, тревогу или злость?

П: Грусть. Т: А о чем вы думали?

П: Я смотрела на других студентов, которые разговаривали, смеялись, лежали на газоне.

Т: О чем вы думали, когда смотрели на них?

П: Я никогда не стану такой, как они.

Т: Итак, вы только что обнаружили *автоматическую мысль*. Такие мысли бывают у каждого; они приходят в голову внезапно. Мы не

"вызываем" их сознательно, поэтому они и называются автоматическими. Автоматические мысли чаще всего мимолетны, и мы осознаем лишь следующую за ними эмоцию - в вашем случае это грусть. Большинство автоматических мыслей искажены. Но мы реагируем на них как на истину в последней инстанции.

П: Гм...

Т: Предлагаю вам научиться распознавать автоматические мысли и оценивать их, чтобы определять, насколько они отражают действительность. Например, давайте оценим мысль "Я никогда не стану такой, как они". Как вы думаете, что произойдет с вашими эмоциями, когда вы поймете, что эта мысль искажена и не отражает реальной ситуации, более того, когда вы избавитесь от депрессии и осознаете, что вы *уже* такая же, как остальные студенты?

П: Мне станет лучше.

Здесь для того, чтобы проиллюстрировать когнитивную модель, терапевт предлагает альтернативный сценарий. Немного позже он применяет сократический диалог, чтобы проанализировать вместе с пациенткой ее мысли и научить ее рационально реагировать на них. Далее представлено, как терапевт предлагает Салли записать автоматические мысли, обращая ее внимание на когнитивную модель (см. рис. 6.1).

Т: Запишите это, пожалуйста. Когда у вас возникает мысль "Я никогда не стану такой, как они - другие студенты", вам становится грустно. Вы убедились, как ваше мышление влияет на ваше состояние?

П: Гм... да.

Т: Мы называем это *когнитивной моделью.* И цель нашей терапии - научить нас распознавать автоматические мысли, возникающие при плохом настроении. Это первый шаг. Затем вы научитесь оценивать свои мысли и изменять мышление в том случае, если оно не совсем правильное. Это понятно?

Мысли —> Чувства

То, что я думаю, влияет на то, как я себя чувствую.

Иногда мышление может быть неправильным или только частично правильным.

Мысли Чувства

Я никогда не буду такой, как те студенты —> Грусть

**Этапы терапии**

Выявить автоматические мысли.

Оценить их и ответить на них. Найти решение проблемы, если мысли точны.

**Рис. 6.1.** Заметки Салли на первой терапевтической сессии

П: Думаю, да.

Т: Давайте запишем это. Шаг 1: выявлять автоматические мысли. Шаг 2: оценивать их и отвечать на них. Можете ли пересказать своими словами, как вы поняли связь между мыслями и чувствами?

П: Иногда у меня появляются мысли, которые не совсем верны, и из-за этих мыслей я плохо себя чувствую... Но как быть, если мысли правильны?

Т: Хороший вопрос. В этом случае необходимо решить проблему или понять, что именно в этих мыслях ухудшает ваше настроение, если они верны. Однако я думаю, что в вашем мышлении мы обнаружим множество ошибок, потому что у вас сейчас депрессия и вы настроены негативно. Для депрессии характерно искаженное мышление. В любом случае мы вместе решим, правильны ваши интерпретации или нет. А сейчас не могли бы вы вспомнить другой недавний случай, когда вы были расстроены? Мы попробуем выявить другие автоматические мысли.

В конце сессии терапевт проверяет, хорошо ли пациентка поняла когнитивную модель.

Т: Повторим еще раз. Скажите, пожалуйста, как чувства связаны с мыслями.

П: Иногда у меня возникают автоматические мысли, и я им верю. И тогда у меня портится настроение...

Т: Правильно. В качестве домашнего задания попробуйте выявить несколько таких мыслей, хорошо?

П: Хорошо.

Т: Как вы думаете, почему я предлагаю такое задание?

П: Потому что иногда мои мысли ошибочны, и если я смогу понять, о чем думаю, я смогу изменить их, и мне станет лучше.

Т: Правильно. Запишите это задание, пожалуйста. "Когда я замечаю, что мое настроение меняется или портится, я спрашиваю себя..." *(Пациентка записывает.)* Какой это самый важный вопрос?

П: О чем я думаю?

Т: Отлично! Запишите это.

## ВЫЯВЛЕНИЕ АВТОМАТИЧЕСКИХ МЫСЛЕЙ

Обучение распознаванию автоматических мыслей подобно обучению любому другому навыку. Некоторые пациенты (и терапевты) осваивают этот навык довольно легко. Другим требуется больше практики. В следующих двух разделах мы опишем процесс выявления автоматических мыслей (см. краткое изложение на рис. 6.2).

Первый метод позволяет выявлять автоматические мысли пациента, возникающие во время сессии. Цель второго метода - распознавание автоматических мыслей, возникающих между сессиями по поводу проблемных ситуаций, путем анализа воспоминаний пациента, его представлений (образов), проведения ролевых игр или построения гипотез.

## ВЫЯВЛЕНИЕ АВТОМАТИЧЕСКИХ МЫСЛЕЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ВО ВРЕМЯ СЕССИИ

Легче всего выявить автоматическую мысль пациента тогда, когда у него меняется (ухудшается) настроение.

Т: Салли, я заметил, что-то изменилось в вашем взгляде. О чем вы только что подумали?

Необходимо чутко улавливать как вербальные, так и невербальные сигналы пациента, чтобы иметь возможность выявить "горячие когниции" - важные автоматические мысли и образы, которые возникают непосредственно в процессе терапевтической сессии и вызывают изменение настроения. Эти

"горячие когниции" могут касаться самого пациента ("Я ничтожество"), терапевта ("Он меня не понимает") или предмета дискуссии ("Я обратился сюда, чтобы лечиться, а не выполнять домашние задания"). Порой они позволяют уточнить концептуализацию пациента.

"Горячие когниции" могут подрывать мотивацию пациента или его чувство собственного достоинства. Они могут препятствовать сосредоточению пациента во время сессии и установлению терапевтических отношений. Безотлагательное выявление подобных автоматических мыслей дает пациенту возможность проверить эти

мысли и сразу же ответить на них, что способствует дальнейшей успешной работе.

**Техники идентификации автоматических мыслей**

Базовый (основной) вопрос:

О чем вы думаете?

**Чтобы идентифицировать автоматические мысли, выполните следующее**

1 . Задайте основной вопрос, когда во время сессии замечаете изменение настроения пациента (или усиление у него негативных эмоций).

2. Попросите пациента описать проблемную ситуацию или эпизод, но время которого у него меняется настроение, и задайте ему основной вопрос.

3. Если необходимо, предложите пациенту подробно описать конкретную ситуацию с помощью образов (как если бы это происходило в данный момент) и затем задайте ему основной вопрос.

4. Если необходимо или желательно, проведите с пациентом ролевую игру и задайте основной вопрос.

**Другие вопросы, которые помогут выявить автоматические мысли**

1. Как вы полагаете, о чем выдумали?

2. Возможно, вы думали о ____ или _____? (Терапевт предлагает несколько вероятных вариантов.)

3. Может быть, вы представляли что-нибудь, что могло произойти, или вспоминали о чем-то, что произошло ранее?

4. Что эта ситуация означает для вас? (Или говорит о вас?)

5. Думали ли вы о __________? (Терапевт выдвигает идею, которая противоположна ожидаемому ответу пациента.)

**Рис. 6.2.** Обзор техник, направленных на выявление автоматических мыслей.



Чтобы заметить изменение эмоционального состояния пациента, терапевт внимательно отслеживает невербальные сигналы, такие как изменение выражения лица, напряжение мышц, изменение положения тела или жесты. Вербальные сигналы включают изменение интонации, громкости или темпа речи. В такие моменты уместно спросить пациента, о чем он думает, бывает необходима помощь терапевта.

Т: Салли, о чем вы сейчас думаете?

П: Сама не пойму...

Т: Как вы себя сейчас чувствуете?

П: Не знаю. Наверное, мне грустно.

Т: Где вы ощущаете грусть?

П: В груди. И за глазами.

Т: Итак, когда я спросил "Как у вас дела с учебой?", вам стало грустно. Есть предположения, о чем вы тогда думали?

П: Об уроках экономики. Об экзамене.

Т: О чем именно вы думали? Или что-нибудь представляли?

П: Да. Я представляла слово "неудовлетворительно", выведенное красными чернилами на титульном листе моей работы.

С незначительной помощью терапевта Салли смогла распознать свои образные автоматические представления. Если бы обращение к эмоциям оказалось неэффективным, терапевт мог бы изменить предмет разговора, чтобы Салли не показалось, что се допрашивают, и чтобы не дать ей возможности почувствовать себя неудачницей из-за того, что она не способна распознать свои автоматические мысли.

Т: Ничего страшного. Давайте посмотрим, что у нас дальше в повестке дня.

С другой стороны, выявление "горячих когниций" весьма желательно. Предпочтительнее подвести пациента к тому, чтобы он идентифицировал свои определенные мысли, чем гадать о них, если пациент испытывает затруднение, и для этого можно задать наводящие вопросы. Терапевт может попросить Салли попробовать догадаться о своих мыслях или представить ей правде подобные, на его взгляд, возможности. Он может спросить, какие она видит образы, или поинтересоваться, что для нее означает вся проблемная ситуация. Терапевт также может предложить пациенту определенную мысль, которая *противоположна* ожидаемой.

Т: О чем вы думали, когда я спросил: "Как у вас дела с учебой?" и вам стало грустно?

П: Я не знаю. Действительно, я не знаю. Мне просто стало очень плохо.

Т: Попробуйте догадаться, о чем вы могли подумать. (Или: могли ли вы подумать о школе, о поисках работы или о терапии? Или: возникли ли у вас какие-нибудь мысленные картины? Или: что для вас

означал мой вопрос об учебе? Или: думали ли вы о том, как хорошо идут ваши дела?)

## ВЫЯВЛЕНИЕ АВТОМАТИЧЕСКИХ МЫСЛЕЙ В ОПРЕДЕЛЕННОЙ СИТУАЦИИ

Чтобы помочь пациенту идентифицировать автоматические мысли, которые возникают у него в промежутках между сессиями, подойдут те же самые вопросы. Как и в предыдущем случае, терапевт вначале задает главный вопрос ("О чем вы думали") и предлагает пациенту описать проблемную ситуацию.

Т: Итак, вы были в классе, когда вдруг почувствовали, что нервничаете. О чем вы думали?

П: Я не знаю.

Т: А что происходило?

П: Преподаватель объяснял требования к работе, и мой сосед шепотом спросил меня, когда нужно ее сдать.

Т: Значит, ваш сосед задал вам вопрос в то время, когда преподаватель объяснял требования? И вы почувствовали, что нервничаете?

П: Да. Ой, вспомнила! Я подумала: "Что он сказал? Что я пропустила? Теперь я не буду знать, что делать".

Если для того, чтобы выявить автоматические мысли, недостаточно вербального описания ситуации, терапевт просит пациента представить ее так, как будто все происходит *прямо сейчас.* Терапевт побуждает пациента к подробному рассказу и предлагает говорить в настоящем времени.

Т: Салли, можете ли вы представить, что *сейчас* сидите в классе, преподаватель объясняет требования к работе, ваш сосед шепотом задает вам вопрос, а вы нервничаете... Опишите эту ситуацию как можно подробнее. Как выглядит аудитория? Где именно вы сидите? Где сидит или стоит преподаватель? именно он говорит? Что вы делаете?

П: Я сижу в кабинете экономики. Преподаватель стоит на кафедре, перед студентами... *(Задумчиво.)* Я сидела в правом ряду и слушала очень внимательно...

Т: Значит, "Я сижу в правом ряду и слушаю очень внимательно…" *(Побуждает пациентку описывать ситуацию так, как будто она происходит в настоящий момент времени.)*

П: Преподаватель рассказывает о темах, из которых мы можем выбирать, о макроэкономике и... В этот момент мой сосед наклоняется ко мне и шепчет: "Когда нужно сдать курсовую?"

Т: О чем вы сейчас думаете?

П: Что сказал преподаватель? Что я упустила? Теперь я не буду знать, что делать.

Итак, с помощью терапевта пациент заново "проживает" проблемную ситуацию, как будто она происходит в настоящий момент. Замечая, что пациент употребляет в рассказе прошедшее время, терапевт мягко корректирует рассказ, так, чтобы он звучал в настоящем времени. Кроме того, если пациент испытывает трудности с идентификацией автоматических мыслей в ситуации межличностного взаимодействия, терапевт может помочь ему воссоздать ситуацию с помощью ролевой игры. Пациент описывает, кто и что именно говорил, а затем представляет самого себя, в то время как терапевт играет роль другого участника взаимодействия.

Т: Значит, вы были подавлены, когда разговаривали со своей однокурсницей о домашнем задании?

П: Да.

Т: О чем вы думали во время этого разговора?

П: *(После паузы.)* ...Я не знаю. Но мне было очень плохо.

Т: Можете вспомнить, что вы говорили ей и что она отвечала?

П: *(Вспоминает и описывает диалог.)*

Т: Давайте попробуем сыграть в ролевую игру? Я буду вашей подругой, а вы представите саму себя.

П: Хорошо.

Т: Когда мы будем проигрывать эту ситуацию, обратите внимание на свои мысли.

П: *(Кивает.)*

Т: Хорошо. Начинаем. Что вы сказали вначале?

П: Карен, я хочу спросить тебя кое о чем.

Т: Ладно, но давай немного позже? Я опаздываю на лекцию.

П: Это не долго. Я пропустила занятие... Что профессор Смит говорил о наших работах?

Т: Говорю тебе, я очень спешу. Позвони мне сегодня после семи, хорошо? Пока... Все. Ролевая игра закончена. Удалось ли вам понять, о чем вы думали?

П: Да. Я думала о том, что у нее нет времени для меня, что она не хочет мне помочь и я не знаю, что мне делать.

Т: У вас были мысли "У нее нет времени для меня", "Она не хочет мне помочь", "Я не знаю, что мне делать".

П: Да.

Т: И из-за этих мыслей вы расстроились?

П: Да.

## ВЫЯВЛЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ АВТОМАТИЧЕСКИХ МЫСЛЕЙ

После того как пациент обнаружил свои первичные автоматические мысли терапевт продолжает задавать вопросы.

Т: Значит, когда вы получили результаты контрольной работы, вы подумали: "Я могла бы написать ее лучше. Мне надо было лучше подготовиться" О чем еще вы думали?

П: Я написала работу хуже всех.

Т: И что?

П: Я подумала: "Мне не место здесь. Я полное ничтожество".

Терапевт должен учитывать, что у пациента могут быть другие автоматические мысли, которые касаются не собственно ситуации, а его *реакции* на нее. Пациент может негативно воспринимать свои собственные эмоции, поведение или физиологические реакции.

Т: Значит, у вас была мысль: "Я могу оказаться в неловком положении", и вы почувствовали тревогу. Что произошло потом?

П: Мое сердце забилось очень быстро, и я подумала: "Что со мной происходит?"

Т: И вы почувствовали...

П: Еще более сильную тревогу.

Т: И потом?

П: Я подумала: "Моя жизнь никогда не наладится".

Т: И вы почувствовали...

П: Тоску и безнадежность.

Обратите внимание, что вначале пациентка выявила автоматические мысли по поводу конкретной ситуации (выполнения какого-то задания). Затем у неё появились мысли о её тревоге и физиологической реакции (ускоренном сердцебиении). Во многих случаях эти вторичные эмоциональные реакции могут быть довольно травмирующими и в значительной мере ухудшить состояние пациента. Чтобы работа оказалась максимально эффективной, важно определить, в какой точке пациент испытывал *самый глубокий* дистресс (до, во время или после конкретного случая), а также каковы были его автоматические мысли в тот момент. Болезненные автоматические мысли могли появиться у пациента в предчувствии ситуации ("Что если она начнет на меня кричать?"), во время ситуации ("Она думает, что я дурак") и/или позднее, в ходе размышлений над тем, что произошло ("Я ничего не могу сделать толком; не следует даже пытаться").

## ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМНОЙ СИТУАЦИИ

Не всегда просто распознать автоматические мысли, связанные с определенной эмоцией. Но иногда пациент испытывает трудности в выявлении собственно ситуации или темы, которая причиняет ему наибольшее беспокойство (или же части ситуации, которая огорчает сильнее всего). Когда происходит подобное, перед терапевтом встает новая задача - помочь пациенту выявить собственно проблемную ситуацию. Методика заключается в том, что терапевт предлагает пациенту мысленно исключить из перечня проблем одну и определяет, улучшилось ли его состояние. Когда ясна конкретная ситуация, гораздо проще выявить связанные с ней автоматические мысли.

Т: *(Подводит итог.)* Значит, в последние дни вы были очень расстроены, но не знаете, почему, и не можете выявить свои автоматические мысли - вы просто расстроены и подавлены большую часть суток. Это так?

П: Да. Я не знаю, что со мной происходит.

Т: О чем вы думали все это время?

П: Ну, об учебе... и о том, что я не могу поладить с соседкой по комнате. И о том, что я снова пыталась дозвониться маме, но у меня не получилось... и... я не знаю... Обо всем.

Т: Итак, существуют проблемы с учебой, с соседкой по комнате и с попытками дозвониться маме. Что-нибудь еще?

П: Да. Я плохо себя чувствую. И я боюсь, что могу заболеть и не закончить курсовую работу.

Т: Какая из этих проблем причиняет вам больше всего беспокойства - учеба, отношения с соседкой по комнате, попытки дозвониться маме или плохое самочувствие?

П: О, я не знаю. Это все так ужасно.

Т: Запишите, пожалуйста, все эти проблемы. Теперь давайте представим, что мы можем полностью исключить проблему плохого самочувствия. Предположим, что вы сейчас в отличной физической форме. Насколько сильно вы теперь тревожитесь?

П: Почти так же.

Т: Хорошо. А теперь представьте, что вам удалось дозвониться маме, скажем, как раз после нашей сессии. Вы поговорили с ней, у нее все хорошо. Как вы себя чувствуете теперь?

П: Немного лучше. Совсем немного.

Т: Хорошо. Теперь давайте предположим, что проблема с учебой... Кстати, что это за проблема?

П: К следующей неделе я должна закончить курсовую работу.

Т: Давайте предположим, что вы вовремя сдали работу и уверены, что написали ее хорошо. Как вы себя чувствуете теперь?

П: Это было бы большим облегчением - если бы я сдала эту работу и была уверена, что хорошо написала ее.

Т: Похоже, проблема с написанием курсовой работы причиняет вам наибольшее беспокойство.

П: Наверное, да.

Т: А теперь, просто, чтобы быть уверенными... Если вам все еще будет необходимо закончить курсовую работу, но разрешится проблема с соседкой но комнате, как вы будете себя чувствовать?

П: Не очень хорошо. Думаю, что больше всего меня волнует моя курсовая работа.

Т: Сейчас мы рассмотрим эту проблему подробнее, но прежде я хочу, чтобы вы кратко повторили, как нам удалось вычислить самую травмирующую проблему, чтобы в будущем вы могли выполнять это самостоятельно.

П: Сначала мы составили перечень проблем, которые волнуют меня, и по очереди исключали их.

Т: И вы смогли понять, решение какой из них принесет вам наибольшее облегчение.

П: Да.

(Затем терапевт и пациентка рассматривают проблему, связанную с написанием курсовой работы; они выявляют автоматические мысли, формируют адаптивные ответы на них и решают эту проблему.)

Эта же методика позволяет определить, какая *часть* значительной проблемы наиболее болезненна для пациента.

Т: Значит, вас очень беспокоят проблемы в отношениях с соседкой по комнате. А что именно?

П: О, я не знаю. Все.

Т: Можно подробнее?

П: Она берет мою еду, но никогда не возвращает. Вряд ли она это делает специально, но это раздражает меня. А еще у нее есть друг, и всякий раз, рассказывая о нем, она не забывает напомнить мне, что я до сих пор не встречаюсь ни с кем из парней. А еще она неаккуратна, повсюду разбрасывает свои вещи и мусор... Она невнимательна. Она все время забывает оставить мне записки, и вообще она все забывает.

Т: Что-нибудь еще?

П: Это основное.

Т: Теперь мы выполним уже знакомое вам задание. Сейчас я повторю все сказанное вами, а попробуете определить, что волнует вас больше всего. Если не сможете, мы будем исключать эти проблемы по очереди, чтобы выяснить, какая из них больше всего влияет на ваше самочувствие. Хорошо?

## РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ АВТОМАТИЧЕСКИМИ МЫСЛЯМИ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯМИ

Когда терапевт выясняет, каковы автоматические мысли пациента, следует узнать конкретные слова или образы, которые их составляют. Многие пациенты поначалу предлагают терапевту *интерпретации*, которые могут отражать, а могут и не отражать фактические мысли. Рассмотрим следующий пример.

Т: Когда вы увидели ту женщину в кафетерии, о чем вы подумали?

П: Думаю, я просто постаралась отвлечься от своих чувств.

Т: Но все-таки, о чем вы подумали?

П: Не пойму, что вы имеете в виду?

Здесь пациентка сообщает о своей интерпретации собственных чувств и мыслей. В этом случае терапевт проясняет ситуацию, обращая внимание на ее эмоции и даже намеренно усиливая их.

Т: Что вы почувствовали, когда увидели ту женщину?

П: Думаю, я просто попыталась отвлечься.

Т: Гм... А от чего вы хотели отвлечься?

П: Не знаю...

Т: Вы обрадовались, когда увидели ее? Испытывали радостное возбуждение? *(Называет эмоции, противоположные тем, которые могла испытывать Салли, чтобы подтолкнуть ее к ответу.)*

П: Нет, ничего подобного.

Т: Вспомните, пожалуйста, как вы зашли в кафетерий и увидели ту женщину. Можете ли вы представить себе эту картину?

П: Попробую.

Т: Что вы чувствуете?

П: Мне грустно.

Т: О чем вы думаете, глядя на нее?

П: Мне очень грустно, и я ощущаю какую-то пустоту в животе. (*Вместо автоматических мыслей сообщает об эмоции и о физиологической реакции*.)

Т: О чем вы сейчас думаете?

П: Она такая красивая. Мне не сравниться с ней.

Т: *(Записывает эти мысли.)* Хорошо. Что-нибудь еще?

П: Нет. Я просто прошла к столику и заговорила с приятелем.

## РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ БОЛЕЕ И МЕНЕЕ ЗНАЧИМЫМИ АВТОМАТИЧЕСКИМИ МЫСЛЯМИ

До того как пациент научится распознавать *конкретные* автоматические мысли, которые причиняют ему беспокойство, он может сообщать о многих мыслях. Некоторые из них просто описывают ситуацию и не имеют отношения к обсуждаемой проблеме. Упоминание о *значимых* автоматических мыслях всегда вызывает заметное беспокойство пациента. Как и в предыдущем разделе,

терапевт пытается определить, на какой мысли или мыслях следует остановиться в первую очередь.

Т: Значит, когда вы положили трубку, вам стало очень грустно? О чем вы подумали?

П: У моей подруги все так хорошо складывается... У нее есть работа, много друзей. Ей позволяют пользоваться машиной родителей. Иногда я хочу, чтобы у меня все было, как у нее. Она счастлива. А я ничтожество.

Т: Вы так и подумали: "Я ничтожество", когда положили трубку?

П: *(Кивает.)*

Т: У вас были другие мысли в тот момент?

П: Нет. Только мысль, что я - ничтожество. И мне никогда не стать такой, как она.

## УТОЧНЕНИЕ ЗАПОМНИВШИХСЯ АВТОМАТИЧЕСКИХ МЫСЛЕЙ

Чтобы эффективно оценивать автоматические мысли, пациенту необходимо научиться определять не только их содержание, но и конкретные слова, которые приходят ему на ум. Вот несколько примеров высказываний пациента и соответствующих им фактических мыслей.

**Высказывания**

**Фактические автоматические мысли**

Мне кажется, я пыталась угадать, как он ко мне относится.

Я ему нравлюсь?

Не потрачу ли я время попусту, если пойду на консультацию к преподавателю?

Наверное, я зря потеряю время, если пойду на консультацию.

Я все никак не соберусь приняться за чтение.

Я не могу заставить себя прочесть это.

Терапевт мягко подводит пациента к тому, чтобы тот вспомнил фактические слова, которые приходят ему на ум.

Т: О чем вы подумали перед тем, как покраснели у всех на виду?

П: Мне кажется, я боялась показаться ему странной.

Т: Вспомните, пожалуйста, точные слова, которые пришли вам на ум в тот момент.

П: *(Озадаченно.)* Не пойму, что вы имеете в виду.

Т: Вы думали: "Мне кажется, я боюсь показаться ему странной" или "Он подумал, что я странная"?

П: Конечно, второе. Если еще точнее, то я подумала так: "Наверное, он думает, что я очень странная".

## ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМЫ "ТЕЛЕГРАФИЧЕСКИХ"тИЛИ ВОПРОСИТЕЛЬНЫХ МЫСЛЕЙ

Пациенты часто сообщают о мыслях, которые обрывочны и неполны. Поскольку эти "телеграфические" мысли трудно оценить, терапевт побуждает пациента раскрыть их в более полной форме.

Т: О чем вы подумали, когда преподаватель рассказал о требованиях к курсовой работе?

П: Ох, нет. Я подумала просто: "Ох, нет".

Т: Проговорите, пожалуйста, полностью. "Ох, нет" означает...

П: Я не успею сдать курсовую вовремя. Это непосильная для меня работа.

Если пациенту трудно "расшифровать" обрывочную мысль, терапевт может предложить в качестве варианта противоположную ожидаемой мысль: "Означало ли "Ох, нет" - "Все в порядке"?"

Когда автоматические мысли принимают форму вопроса, оценить их также непросто. В этом случае терапевт, прежде чем приступить к анализу, побуждает пациента выразить мысли в утвердительной форме.

Т: Значит, вы тревожились? А о чем вы думали?

П: Я думала: "Сдам ли я экзамен?"

Т: Хорошо. Но прежде чем оценивать эту мысль, давайте попробуем выразить ее в утвердительной форме. Этим мы облегчим себе работу. Вы предполагали, что сдадите или не сдадите экзамен?

П: Что не сдам...

Т: Так может быть, вашей мыслью была: "Я могу не сдать экзамен"?

Вот еще один пример.

Т: Значит, у вас возникла мысль: "Что со мной будет [если я буду нервничать все больше и больше]?" Чего именно вы *боитесь?*

П: Я не знаю... Наверное, потерять над собой контроль.

Т: Можно ли выразить эту мысль так: "Я могу потерять над собой контроль"?

В последнем примере терапевт подводит пациента к выявлению страхов. В следующем примере у пациента сначала не получалось выявить обусловленную автоматической мыслью эмоцию - страх. Терапевт задал несколько наводящих вопросов.

Т: Итак, вы подумали: "И что дальше?" Как вам казалось в тот момент, что могло произойти дальше?

П: Не знаю.

Т: Опасались ли вы определенных событий, которые, как вы предполагали, могут произойти?

П: Не уверена...

Т: Что самое плохое могло произойти в той ситуации?

П: Гм... что меня исключат из колледжа.

Т: Вы этого боялись?

Приведем другие примеры перевода вопросительных автоматических мыслей в утвердительную форму.

Вопрос

Утверждение

Получится ли у меня?

Я не справлюсь.

Смогу ли я пережить наше расставание?

Я не вынесу расставания.

Что будет, если я завалю этот проект?

Мне грозит увольнение.

Что если она разозлится на меня?

Я не вынесу ее злости на меня.

Как мне пережить все это?

Я этого не переживу.

Что если мне не удастся измениться?

Если я не смогу измениться, это будет катастрофой.

Почему это случилось со мной?

Это не должно было случиться со мной. Это несправедливо.

## ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ РАСПОЗНАВАНИЮтАВТОМАТИЧЕСКИХ МЫСЛЕЙ

Как описано в главе 4, терапевт начинает обучение пациента навыкам распознавания автоматических мыслей уже на первой сессии. Вот пример того, как терапевт, пользуясь удобным случаем, представляет пациенту когнитивную модель.

Т: Салли, когда на следующей неделе вы заметите, что ваше настроение изменилось или ухудшилось, остановитесь и спросите себя: "О чем я сейчас думаю?"

П: Хорошо.

Т: И постарайтесь записать выявленные мысли.

П: *(Киваем.)*

Если основного вопроса ("О чем я думаю?") оказалось недостаточно для того, чтобы пациент выявил автоматические мысли, на последующих сессиях терапевт обучает пациента другим техникам.

Т: Когда вам не удается определить, о чем вы думали, попробуйте выполнить то же, что мы сделали сегодня на сессии. Представьте ситуацию настолько живо, насколько это возможно. Как будто все происходит снова. И обратите внимание на чувства, которые вы испытываете. Затем спросите себя: "О чем я думаю?" Попробуете? Или нам стоит еще потренироваться?

П: Я попробую.

Если для выявления автоматических мыслей недостаточно и техники использующей воображение, терапевт просит пациента *предположить,* какие мысли тот может испытывать. Однако имейте в виду, что пациент может сообщить о дальнейших своих интерпретациях событий вместо фактических автоматических мыслей.

Т: Если вам не удастся определить, о чем вы думали [в определенной ситуации], можете использовать эти вопросы-подсказки (см. рис. 6.2).

П: Хорошо.

Т: Первый вопрос: "Если бы я должен был догадаться, о чем я думал, что я мог бы предположить?" Или: Я думал о __________ или о ______? Или: "Я представлял или вспоминал что-то?" Или: "Что эта ситуация означает для меня?" А еще вы можете попробовать

определить мысль, противоположную той, которая могла у вас возникнуть.

П: Хорошо.

Подводя итог, следует сказать, что люди, имеющие психологические расстройства, допускают в своем мышлении предсказуемые ошибки. Когнитивный терапевт учит пациентов распознавать дисфункциональные мысли, а затем оценивать и изменять их. Процесс начинается с выявления конкретных автоматических мыслей в четко обозначенной ситуации. Распознавание автоматических мыслей - это навык, которому некоторые пациенты обучаются легко и естественно, в то время как другим он дается с трудом. Терапевт должен быть внимательным, чтобы убедиться, что пациент сообщает о действительных автоматических мыслях. Если пациенту не удается распознать свои автоматические мысли, следует применить другие техники. В следующей главе мы рассмотрим, помимо остального, в чем состоит различие между автоматическими мыслями и эмоциями.

## ГЛАВА 7 ВЫЯВЛЕНИЕ ЭМОЦИЙ

Эмоции находятся в центре внимания когнитивного терапевта, ведь, по сути, главная цель когнитивной терапии - избавление пациента от симптомов расстройства, снижение уровня испытываемого им дистресса путем изменения его дисфункционального мышления и в результате - улучшение его эмоционального состояния.

Интенсивные негативные эмоции крайне болезненны и могут быть дисфункциональными, если лишают пациента способности ясно мыслить, разрешать жизненные проблемы, эффективно действовать и достигать удовлетворения. Эмоции пациентов, страдающих психиатрическими расстройствами, зачастую слишком интенсивны, чрезмерны или вовсе не соответствуют ситуации. Так, Салли, столкнувшись с необходимостью отменить встречу с подругой, испытывает чудовищное чувство вины и тоску. Обратиться за консультацией к преподавателю ей мешает необъяснимая тревога.

Хотя терапевт может достаточно легко распознать чрезмерность эмоций или их несоответствие ситуации, он воздерживается от прямого объявления их таковыми, особенно в начале терапии. Вместо этого терапевт *признает* эмоции пациента и выражает *эмпатию.* Он не пытается оценивать эти эмоции и даже не обсуждает их. Стремясь улучшить самочувствие пациента, терапевт обращается к оценке дисфункциональных мыслей и убеждений, которые лежат *в основе* душевных страданий пациента.

Однако терапевт не анализирует *все* болезненные для пациента ситуации. Цель когнитивной терапии - снизить эмоциональный дистресс, который вызван неправильной интерпретацией той или иной ситуации. "Нормальные" отрицательные эмоции - такая же неотъемлемая часть жизни, как и положительные, и несут определенные функции (как и физическая боль, привлекая наше внимание к потенциальным проблемам, на которые следует обратить внимание).

Помимо этого, терапевт старается вызвать у пациента больше *положительных* эмоций. Для этого он интересуется его увлечениями, просит вспомнить

хорошие события, произошедшие за минувшую неделю, обсуждает с ним приятные воспоминания и др. В качестве домашнего задания терапевт предлагает пациенту почаще заниматься тем, что приносит ему удовольствие, посвящать больше времени делам, которые могут доставить ему чувство гордости за достигнутое (см. главу 12).

В этой главе мы разъясняем, как отличить автоматические мысли от эмоций, как распознать эмоции, как давать им названия и как оценивать степень их интенсивности.

## ОТЛИЧИЕ АВТОМАТИЧЕСКИХ МЫСЛЕЙ ОТ ЭМОЦИЙ

Многим пациентам трудно уловить разницу между мыслями и чувствами: тем, о чем они думают, и тем, что они испытывают на уровне эмоций.

Терапевт последовательно подводит пациента к переосмыслению его опыта через призму когнитивной модели. Так, он переводит сведения, предоставляемые пациентом, в категории когнитивной модели: ситуация, автоматическая мысль и реакция (эмоция, повеление и физиологический ответ организма). Случаям, когда пациент упорно путает мысли и эмоции, необходимо уделять пристальное внимание. Учитывая ход сессии, ее цель и характер сложившегося сотрудничества, терапевт выбирает одну из трех возможностей: не обратить внимания на ошибку пациента, обратиться к ней немного позже или остановиться на ней немедленно (рассмотрев ее поверхностно или подробно).

Когда пациент ошибочно принимает свою мысль за эмоцию, но это не имеет большого значения, к ошибке лучше обратиться позже, во время обсуждения другой темы в ходе сессии, если вообще обратиться. В следующем примере терапевт игнорирует ошибку.

Терапевт: Когда мы определяли повестку дня, вы сказали, что хотите поговорить о телефонном разговоре с братом.

Пациент: Да. Я позвонила ему пару дней назад и почувствовала, что он совсем не хочет меня слушать. Он говорил как-то отстранение. Я почувствовала, что ему было все равно, позвонила я или нет.

Т: Если бы это оказалось правдой - что ему все равно, позвонили вы или нет, что это означало бы для вас?

В этом примере терапевт хочет раскрыть глубинное убеждение пациентки и поэтому пропускает мимо ушей допущенную ею вербальную путаницу между чувствами и мыслями. Основное внимание терапевта приковано к работе с ключевым дисфункциональным предположением Салли.

В другом случае подобная ошибка может оказаться значимой. Однако, рассудив, что попытка немедленно прояснить эту неточность нарушит ход терапевтического процесса или будет препятствовать достижению целей сессии (или данной части сессии), терапевт *заканчивает* обсуждение текущей темы и лишь потом заводит речь о различии между мыслями и эмоциями.

Т: Давайте вернемся к тому, о чем мы беседовали несколько минут назад Вы рассказывали, что вчера вечером вам надо было пойти в библиотеку, но вы почувствовали, что на это не способны?

П: Да.

Т: Знаете, я думаю, что в действительности у вас были *мысли*, например, такие: "Я не хочу никуда идти" или "Я плохо себя чувствую, чтобы куда-то идти". Вы согласны со мной?

П: Да, я подумала: "Я плохо себя чувствую и не могу никуда идти".

Т: Какую *эмоцию* вызвала эта мысль, "Я плохо себя чувствую и не могу никуда идти"?

П: Тревогу.

Во многих случаях терапевт *незаметно* корректирует ошибку пациента, который перепутал мысли с эмоциями.

П: Я лежала в кровати, смотрела в потолок и чувствовала, что так и не встану и опоздаю на занятия.

Т: Значит, вы лежали в кровати, и у вас возникло несколько мыслей: "Я так и не встану" и "Я опоздаю на занятия"?

П: Да.

Т: А какие эмоции вызывали эти мысли?

Наконец, иногда терапевт сразу же проводит четкое различие между мыслями и чувствами, рассудив, что это целесообразно, что ход сессии не нарушится и не будет упущено ничего важного.

Т: Вы вспоминали на этой неделе о том, что вам нужно выполнить домашнее задание?

П: Да, несколько раз вспоминала.

Т: Расскажите, пожалуйста, об одном конкретном случае.

П: Вчера вечером, после ужина, я убирала в комнате и вспомнила, что на следующий день назначена сессия.

Т: О чем вы подумали в тот момент?

П: О, я почувствовала, что в этом нет никакого толку. И что мне наверняка ничего не поможет...

Т: Но это мысли. Чуть позже мы вернемся к ним, чтобы оценить их, а вначале я хочу провести четкое различие между мыслями и чувствами. Вы согласны?

П: Конечно.

Т: Чувства - это то, что вы ощущаете *эмоционально*. Например, грусть, злость, тревога и т.д. Мысли - это возникающие у вас *идеи*. Они могут принимать форму слов, представлений или образов. Вам понятно это?

П: Думаю, да.

Т: Хорошо, давайте вернемся к разговору о вчерашнем вечере, когда вы думали о домашнем задании. Как вы себя чувствовали?

П: Мне было грустно.

Т: А какие мысли у вас были?

П: "В этом нет никакого толку" и "Мне наверняка ничего не поможет...".

Т: Значит, у вас были мысли "В этом нет никакого толку" и "Мне наверняка ничего не поможет...", из-за которых вы испытывали грусть. Правильно?

П: Да.

Во всех предыдущих примерах этого раздела пациент называет мысли чувствами. Возможна и обратная ошибка, когда эмоцию принимают за мысль.

Т: Салли, о чем вы подумали, войдя в пустую комнату?

П: Мне было грустно, одиноко, очень плохо...

Т: Значит, вы испытывали грусть и чувство одиночества. Какая мысль или образ вызвали такое состояние?

## ВАЖНОСТЬ РАЗЛИЧЕНИЯ ЭМОЦИЙ

Терапевт последовательно концептуализирует или переформулирует проблемы пациента, пытаясь понять его переживания и точку зрения. Он старается определить, каким образом

глубинные убеждения пациента приводят к возникновению в определенной ситуации конкретных автоматических мыслей и оказывают влияние на его эмоции и поведение. Терапевта интересует взаимосвязь мыслей, эмоций и поведения пациента. Когда пациент сообщает об эмоции, *которая не соответствует* содержанию его автоматических мыслей, терапевт проясняет ситуацию, как показано в следующем примере.

Т: Что вы испытывали, когда мама не перезвонила вам сразу же, как обещала?

П: Мне стало грустно.

Т: О чем вы подумали?

П: О том, что с ней что-то случилось. Наверное, что-то не так, что-то плохо.

Т: И вам стало грустно?

П: Да, очень.

Т: Сомневаюсь. Ведь эти мысли больше похожи на тревожные мысли. О чем *еще* вы думали?

П: Не знаю...

Т: Представьте себе эту картину. Вы сказали, что сидите возле телефона, ожидая звонка...

*(Терапевт помогает пациентке воспроизвести ситуацию в образной форме)*

П: Я думаю: "Что если с ней что-то случилось? Наверное, что-то не так, что-то плохо".

Т: И что происходит потом?

П: Я смотрю на телефон и плачу.

Т: О чем вы сейчас думаете?

П: Если с мамой что-нибудь случится, не останется ни одного человека, который заботился бы обо мне.

Т: "Не останется ни одного человека, который заботился бы обо мне". Как вы себя чувствуете из-за этой мысли?

П: Мне грустно. Очень грустно.

В начале этого разговора терапевт замечает противоречие. Увидев несоответствие между содержанием автоматической мысли и связанной с ней, по мнению Салли, эмоцией, он немедленно обращает на это внимание пациентки. Затем он побуждает девушку мысленно воспроизвести ситуацию, чтобы припомнить ключевую

дисфункциональную мысль - "мишень" дальнейшей терапевтической работы. Если бы вместо этого терапевт направил внимание на тревожные мысли, он мог бы упустить более значимый источник беспокойства пациентки. Хотя работа с менее выраженной проблемой тоже может оказаться полезной, терапевт должен всегда стремиться к выявлению ключевых автоматических мыслей и работе с ними.

## ТРУДНОСТИ В ОБОЗНАЧЕНИИ ЭМОЦИЙ

Большинству пациентов удается легко и правильно называть свои эмоции. У некоторых, однако, это вызывает определенные трудности. Порой кажется, что словарь таких пациентов относительно беден и содержит мало названий эмоций. Есть пациенты, которые знают и понимают значение разных эмоциональных состояний, но затрудняются определять *свои собственные* эмоции. В последних двух случаях полезно научить пациента устанавливать связь между его эмоциональными реакциями в конкретных ситуациях и их названиями. Работа с "Картой эмоций", пример которой приведен на рис. 7.1, помогает пациенту научиться эффективнее определять названия своих эмоций.

Т: Салли, я хочу поговорить о разных эмоциях, чтобы мы разобрались, как вы себя чувствуете в разных ситуациях. Вы согласны?

П: Конечно.

Т: Вспомните, пожалуйста, случай, когда вы разозлились.

П: Гм... Когда мой старший брат приехал домой на каникулы... Он был таким высокомерным и не захотел даже минуты побыть со мной...

Т: Представьте себе эту картину.

П: Было Рождество. Я не видела его со Дня благодарения. Я думала, что мы пойдем куда-нибудь вместе, но сразу же по приезде он объявил, что идет на встречу с друзьями.

Т: И о чем вы подумали?

П: Что он себе воображает?! Он возомнил себя непонятно кем только потому, что уже учится в колледже!

Т: И вы почувствовали...

П: Что я вне себя от ярости !

Благодаря терапевту пациентка вспоминает *конкретное* событие, когда она вывала определенные эмоции. Из первого описания терапевт

делает вывод, что Салли, скорее всего, правильно определила свою эмоцию. Желая полностью удостовериться в этом, он просит девушку выявить ее автоматические сопутствующие той ситуации. Содержание автоматических мыслей полностью соответствует ранее заявленной эмоции.

Затем терапевт просит пациентку вспомнить еще два случая, когда та злилась. На этот раз диалог происходит очень быстро, и терапевт не просит девушку выявить автоматические мысли, поскольку из ее описания видно, что эмоции названы точно. Далее терапевт переходит к определению домашнего задания.

Т: Давайте начертим таблицу на три колонки. Первую назовем "Злость". Кратко, одним предложением, опишите каждую из ситуаций, которые мы только что обсудили (рис. 7.1).

**Злость**

1. Брат говорит, что он уходит на встречу с друзьями.

2. Соседка по комнате не
вернула книгу.

3. Соседка по комнате включает очень громкую музыку.

**Грусть**

1. Мама не позвонила
мне.

2. Вечеринка – никто не обращал на меня внимания.

3. "Удовлетворительно"
на экзамене.

**Тревога**

1. Поднимать руку на
уроках.

2. Писать курсовую работу по экономике.

3.Пригласить друга пообедать вместе.

**Рис. 7.1.** Карта эмоций

П: *(Выполняет это задание.)*

Т: Теперь обозначим оставшиеся две колонки "Грусть" и "Тревога". В качестве домашнего задания попробуйте вспомнить ситуации, в которых вы испытывали эти эмоции, и запишите их в соответствующие колонки. Это не очень сложное для вас задание?

П: Наверное, я справлюсь.

Т: *(Проверяет, помнит ли пациентка логическое обоснование необходимости выполнения домашнего задания.)* Вы помните, зачем надо учиться различать эмоции?

П: Ну... Иногда я не уверена, что именно чувствую или что беспокоит меня, а это может помочь.

Т: Правильно. На следующей неделе просматривайте "Карту эмоций", когда отмечаете, что вы расстроены, и попытайтесь определить, какую именно эмоцию вы испытываете. Хорошо?

П: Да.

Т: Запишите это домашнее задание. Вы должны будете заполнить "Карту эмоций" и обращаться к ней в случае плохого настроения.

Заметьте, что с большинством пациентов нет необходимости применять эту технику дифференцирования эмоций. С другими целесообразно лишь кратко обсудить вопросы, которых мы касаемся в этом разделе. А некоторым будет полезно ознакомиться с полным перечнем негативных эмоций (рис. 7.2) и подробно обсудить его с терапевтом.

Грусть, подавленность, одиночество, уныние
Тревога, беспокойство, испуг, страх, напряженность
Злость, ярость, раздражение, досада
Стыд, смущение, униженность
Разочарование
Ревность, зависть
Чувство вины
Уязвленность
Подозрительность (мнительность)

**Рис. 7.2.** Негативные эмоции

## ТРУДНОСТИ С ОЦЕНКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ ЭМОЦИЙ

Пациента необходимо научить не просто распознавать свои эмоции, но и оценивать *степень* их интенсивности. У некоторых пациентов существуют дисфункциональные убеждения в отношении эмоций, например убеждение в том, что незначительный дистресс со временем непременно усугубляется и становится непереносимым.

Научившись оценивать интенсивность эмоций, пациенты смогут проверить это и другие подобные убеждения.

Оценка интенсивности эмоций позволяет определить, эффективной ли оказалась работа с мыслями или убеждениями. Терапевт и пациент совместно решают, требует ли данная когниция (мысль или убеждение) дальнейшего вмешательства, оценивая *снижение* интенсивности связанных с ней негативных эмоций. Терапевт, пренебрегающий оценкой изменений интенсивности дистресса, может ошибочно решить, что вмешательство оказалось успешным, и преждевременно перейти к рассмотрению следующего вопроса. Также возможно и противоположное: терапевт будет инициировать дальнейшее обсуждение автоматической мысли или убеждения, не осознавая, что в этом нет необходимости.

Наконец, оценка интенсивности эмоций в конкретной ситуации помогает пациенту и терапевту определить, требует ли эта ситуация дальнейшего рассмотрения. Ситуация с меньшей эмоциональной нагрузкой может быть менее ценной в качестве предмета обсуждения, чем та, которая причиняет пациенту значительные душевные страдания и в процессе рассмотрения которой можно обнаружить важные убеждения пациента.

Т: Что вы почувствовали, когда подруга сказала: "Извини, сейчас у меня нет времени"?

П: Мне стало грустно.

Если 100% - это самая сильная грусть, которую вы когда-либо испытывали или можете себе представить, а 0 - это полное *отсутствие* грусти,

насколько грустной вы были, когда подруга сказала: "Извини, сейчас у меня нет времени"?

П: Около 75%.

Пациентам, которым сложно определять интенсивность своих эмоций с помощью цифр, терапевт может предложить использовать такую шкалу.

0% Совсем не грустно

25% Немного грустно

50% Довольно грустно

75% Очень грустно

100% Самая сильная грусть, которую испытывал(а) или могу себе представить

Т: Вы скорее вспомните свои эмоции, если представите себя в той ситуации. (Пытается *оживить воспоминания пациентки.)* Теперь взгляните на эту шкалу. Насколько грустной вы были после встречи с подругой? Немного грустной? Довольно грустной? Очень грустной?

П: Где-то между "очень грустно" и "самая сильная грусть"...

Т: Где-то между 75 и 100% грусти? Какой может быть эта цифра?

П: Думаю, 80% грусти.

Если у пациента *по-прежнему* не получается оценить интенсивность своих эмоций, терапевт предлагает ему построить идиосинкразическую Шкалу интенсивности эмоций, чтобы применять ее в качестве образца в дальнейшей работе (рис. 7.3). Терапевт выбирает доминирующую эмоцию пациента и предлагает (или выявляет) ее основную причину.

Т: Давайте попробуем составить список ситуаций, в которых у вас возникает определенная эмоция. Но вначале скажите: понимаете ли вы, почему я уделяю этому вопросу столь пристальное внимание? Зачем надо оценивать интенсивность своих эмоций?

П: В прошлый раз вы говорили, что так можно определить, обсуждать ли дальше какую-то тему. И еще чтобы узнать, помог ли новый, правильный ответ на мысль.

Т: Хорошо. Теперь давайте припомним ситуации, в которых вам было тревожно. Когда вы испытывали самую сильную тревогу? Или просто представьте себе такую ситуацию.

Степень интенсивности эмоции / тревожность Ситуации

0% Смотреть телевизор (в прошлую субботу)

10% Бояться опоздать на сессию

20% Боль в боку — аппендицит?

30% Думать, когда же позвонит мама

40% Раздумывать над тем, сколько дел на меня навалилось

50% Поднимать руку на уроке, когда уверена в ответе

60% Думать о том, что надо подойти к помощнику преподавателя

70% Разговаривать с друзьями о том, что мы будем делать после окончания колледжа

80% Поднимать руку на уроке, когда не уверена в ответе

90% Ночь перед экзаменом по экономике

100% Автомобильная авария, в которую попал мой отец

**Рис. 7.3.** Шкала интенсивности эмоций Салли

П: Гм... наверное, когда мой папа попал в автокатастрофу и я боялась, что он умрет.

Т: *(Записывает или просит записать пациентку "Автомобильная авария, в которую попал мой отец" в нижней строчке таблицы.)* А теперь вспомните ситуацию, когда вы ничуть не тревожились.

П: В прошлую субботу, когда я смотрела телевизор.

Т: Давайте запишем это в верхней строчке. *(Записывает сам или предлагает сделать это пациентке.)* А как насчет ситуации, когда вы испытывали умеренную тревогу?

П: ...Вчера, когда я думала о том, сколько дел на меня навалилось.

Т: *(Записывает это в средней строчке таблицы.)* Когда еще вы тревожились в последнее время?

П: Недавно я вдруг почувствовала острую боль в боку и испугалась, не аппендицит ли это.

Т: Когда вы тревожились больше - ощущая непонятную боль в боку или раздумывая над тем, сколько дел на вас навалилось?

П: В последнем случае. Я не очень сильно переживала насчет боли в боку. Она очень быстро прошла.

Т: *(Записывает или предлагает записать пациентке в верхней части таблицы: "Боль в боку - аппендицит?")* Еще одна ситуация?

П: Накануне экзамена по экономике.

Т: Где мы поместим эту запись?

П: Возле аварии, в которую попал папа.

Терапевт и пациент продолжают работу до тех пор, пока не наберут десять ситуаций, в которых пациент испытывал одно и то же чувство тревоги, но различной интенсивности. Выраженность эмоций в различных ситуациях иногда приходится переоценивать, а порой пациент вовсе исключает ситуацию из списка, рассудив, что она вызывает эмоциональные переживания той же интенсивности, что и другой случай. Если на сессии недостаточно времени, чтобы вспомнить и записать десять ситуаций, терапевт предлагает пациенту закончить это задание дома.

Расположив ситуации в порядке от не вызывающей тревогу до наиболее тревожной, терапевт проставляет проценты, кратные десяти.

Он просит пациента подтвердить, что цифры соответствуют степени выраженности данной эмоции в каждой из ситуаций, или пересмотреть их. Затем терапевт объясняет пациенту, как использовать составленную шкалу.

Т: Теперь давайте попробуем применить эту шкалу. Возникали ли на прошлой неделе ситуации, в которых вы тревожились?

П: Да. Вчера вечером, когда я вспомнила, что не закончила домашнее задание по терапии.

Т: Используя составленную нами шкалу в качестве образца, скажите, насколько вы были встревожены?

П: Немного сильнее, чем когда боялась опоздать к началу сессии.

Т: На сколько процентов тревоги?

П: Думаю, на 15%.

Т: Хорошо. Обращайтесь к этой шкале всякий раз, когда определяете степень своей тревоги. Это понятно?

П: Да, вполне.

## ПРИМЕНЕНИЕ ШКАЛЫ ИНТЕНСИВНОСТИ ЭМОЦИЙ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ТЕРАПИИ

Если пациент не уверен в том, какую ситуацию предложить для обсуждения на терапевтической сессии, терапевт предлагает ему оценить степень дистресса *в нескольких ситуациях* и определить, на что обратить первоочередное внимание. В следующем примере терапевт быстро выясняет, что ситуация, которую предложила Салли, не столь болезненна для пациентки, чтобы уделять ей время.

Т: Как вы чувствовали себя, когда ваша соседка по комнате ушла гулять своим другом, а не с вами?

П: Мне стало грустно.

Т: Насколько грустно, по шкале от 0 до 100?

П: Не сильно, около 20 или 25%.

Т: Похоже, вы не *очень* плохо чувствовали себя в той ситуации. Что еще, связанное с вашей соседкой по комнате, огорчало вас на прошлой неделе?

Подводя итог, нужно отметить следующее. Терапевт стремится получить полное представление о ситуации, которая беспокоит пациента и сопровождается негативными эмоциями. Он также

помогает пациенту четко отделить мысли от эмоций. Подчеркивая значение эмоций пациента на протяжении всего терапевтического процесса, терапевт учит пациента анализировать дисфункциональные мысли, которыми обусловлено его настроение и самочувствие.

# ГЛАВА 8 ОЦЕНИВАНИЕ АВТОМАТИЧЕСКИХ МЫСЛЕЙ

Пациентов ежедневно посещают тысячи мыслей, и лишь часть из них дисфункциональны. На каждой сессии терапевту приходится решать, каким мыслям пациента уделить внимание, чтобы терапия оказалась максимально эффективной. В этой главе описано, как выбирать самые полезные для работы автоматические мысли, как оценивать их и как обучать этой системе оценивания пациента.

## ВЫБОР АВТОМАТИЧЕСКОЙ МЫСЛИ-"МИШЕНИ"

На каждой сессии терапевт выявляет присущие пациенту автоматические мысли. Обнаружив одну из них, как определить, что делать дальше? У терапевта есть несколько возможностей.

**1.** *Сконцентрироваться на данной автоматической мысли.* ("Давно ли у вас появилась эта идея?", "Какие *эмоции* вы испытываете, когда так думаете?", "Что вы *делаете* после того, как вас посетила эта мысль?".)

**2.** *Выяснить больше подробностей о ситуации, в которой возникает автоматическая мысль.* ("Что сказала Карен перед тем, как вы так подумали?", "Когда это произошло?", "Где вы находились в тот момент?","Расскажите подробнее об этом случае".)

**3.** *Выяснить, насколько типична для пациента эта автоматическая мысль.* ("Часто ли вас посещают подобные мысли?", "В каких случаях?", "Сильно ли такие размышления вас беспокоят?")

**4.** *Выявить другие автоматические мысли и образные представления, возникающие в этой же ситуации.* ("О чем еще вы подумали?", "Какие образы вы себе рисовали или какие мысленные картины у вас возникали?")

**5.** *Приступить к решению проблем, связанных с ситуацией, в которой возникает автоматическая мысль.* ("Что вы можете предпринять в этой ситуации?", "Как вы выходили из подобного положения раньше?", "Чтобы вы хотели сделать?")

**6.** *Определить убеждение, которое лежит в основе этой автоматической мысли.* ("Если бы эта мысль соответствовала действительности, что это означало бы для вас?")

**7.** *Перейти к следующей теме,* ("Хорошо. Я думаю, что понял вас. Скажите, а что еще важное произошло на минувшей неделе?")

Чтобы выбрать самую подходящую из перечисленных возможностей, терапевт задает себе следующие вопросы.

1. Чего я хочу достичь на этой сессии? Поможет ли работа над этой мыслью достичь терапевтических целей, которые я наметил на эту сессию?

2. Что пациент определил в качестве повестки дня? Коснется ли работа с этой мыслью актуальной для него проблемы? Если нет, достаточно ли у нас времени, чтобы успеть рассмотреть и проблему, вызывающую беспокойство пациента? Будет ли он сотрудничать со мной в оценивании этой мысли?

3. Достаточно ли эта мысль значима для того, чтобы остановиться на ней подробнее? Вероятно ли, что она в значительной мере искажена или дисфункциональна? Она типична для пациента? Поможет ли пациенту работа с этой мыслью чувствовать себя лучше *не только* в этой единственной ситуации? Смогу ли я улучшить модель концептуализации пациента?

Так, Салли рассказала терапевту об одном неудачном посещении библиотеки.

Терапевт: О чем вы подумали, когда не смогли найти нужную вам книгу? Пациент: Что все так плохо организовано. Что неправильна сама система. Как вы себя чувствовали?

П: Разочарованной.

Т: Насколько разочарованной?

П: На 90%.

Т: Что произошло потом?

П: Я сказала: "Ну и черт с ней", быстро вышла из библиотеки, вернулась в комнату и стала учить химию.

Т: Что произошло с вашим настроением?

П: Мне стало лучше. Потом я одолжила книгу у Лизы. Я должна вернуть ее к понедельнику.

Т: Значит, вы решили эту проблему. Есть еще что-нибудь важное, связанное с этим случаем, прежде чем мы пойдем дальше?

Здесь терапевт рассудил, что проблема, которая причиняла пациентке значительное беспокойство, не заслуживает дальнейшего рассмотрения, поскольку:

• Салли больше не переживает по этому поводу;

• Салли поступила разумно;

• ситуация разрешилась;

• на повестке дня есть более значимые вопросы;

• Салли раньше не демонстрировала сходные дисфункциональные модели реагирования; вероятно, описанный ею случай - единичен.

## РАБОТА С АВТОМАТИЧЕСКОЙ МЫСЛЬЮ

Прежде чем приступить к работе с определенной автоматической мыслью, терапевт определяет, действительно ли эта мысль заслуживает внимания. Он задает пациенту следующие вопросы.

1. Насколько вы сейчас доверяете этой мысли (0-100%)?

2. Какие чувства и эмоции возникают у вас из-за этой мысли?

3. Насколько интенсивны эти эмоции (0-100%)?

Если пациент не слишком доверяет автоматической мысли и не испытывает значительного дистресса, терапевт в большинстве случаев предлагает перейти к следующему вопросу. Если же пациент твердо уверен в истинности дисфункциональной автоматической мысли и с нею связаны ярко выраженные отрицательные эмоции, терапевт проясняет общую картину, задавая пациенту вопросы согласно когнитивной модели.

1. Когда возникает эта мысль? В каких именно ситуациях?

2. Посещают ли вас в той же самой ситуации другие проблемные мысли и образы (представления)?

3. *(Особенно для тревожных пациентов.)* Вызывает ли у вас эта мысль какие-либо физические ощущения?

4. Что вы делаете после того, как у вас возникла эта мысль?

Получив общее представление о данной автоматической мысли и связанных с ней реакциях пациента, терапевт поступает одним из следующих способов.

1. Вслух или мысленно дополняет свою модель концептуализации пациента (подчеркивает, как вписывается в нее данная мысль): "Салли,

а не является ли это еще одним примером того, как вы постоянно предсказываете себе неудачу?"

2. На примере конкретной автоматической мысли усиливает когнитивную модель (обычно в начале терапии), например: "Значит, когда вы были в библиотеке и пытались работать, у нас возникла мысль: "Я никогда не разберусь в этой теме". Из-за этого вы огорчились, захлопнули книгу и ушли домой. Так?"

3. С помощью сократического диалога побуждает пациента оценить дисфункиональную мысль и найти адаптивный ответ на нее: "Салли, какие существуют *доказательства* того, что вы никогда не освоите эти темы по химии?"

4. Вместе с пациентом ищет решение проблемы: "Салли, что вы можете предпринять, чтобы разобраться в этой теме?"

5. Применяет технику падающей стрелы (см. главу 10, раздел "Выявление промежуточных убеждений"), чтобы выявить лежащие в основе автоматической мысли убеждения: "Салли, если вы действительно не можете усвоить материал по химии, что это означает для вас?"

## ВОПРОСЫ ДЛЯ ОЦЕНИВАНИЯ АВТОМАТИЧЕСКИХ МЫСЛЕЙ

Установив, что рассматриваемая автоматическая мысль значима для пациента и вызывает негативные переживании, а также определив сопутствующие ей реакции (эмоциональные, поведенческие и физиологические), терапевт помогает пациенту оценить эту мысль. Однако *он не оспаривает эту автоматическую мысль прямо* по двум причинам. Во-первых, ему заранее неизвестно, действительно ли данная мысль искажена. Во-вторых, в противном случае он нарушил бы фундаментальный принцип когнитивной терапии — принцип "совместного эмпиризма, согласно которому терапевт и пациент *сообща* проверяют автоматическую мысль, определяют ее достоверность и/или выгоду и находят адаптивный ответ. Терапевт учитывает, что автоматические мысли редко бывают

полностью ошибочными. Обычно они содержат в себе рациональное зерно, и его необходимо принимать во внимание.

Вопросы, позволяющие оценить конкретные автоматические мысли, терапевт задает пациенту, начиная с первой сессии. На второй или третьей сессии он разъясняет данный процесс подробнее.

Т: *(Подводит итог предыдущей части сессии и записывает выявленные автоматические мысли на листе бумаги.)* Значит, когда по дороге в библиотеку вы встретили Карен, у вас возникла мысль: "Ей на меня наплевать", и из-за этого вы сильно огорчились.

П: Да.

Т: Насколько достоверной была для вас тогда эта мысль?

П: Очень достоверной. Примерно на 90%.

Т: И насколько сильно вы огорчились?

П: Примерно на 80%.

Т: Помните, Салли, о чем мы говорили в прошлый раз? Бывает, автоматические мысли соответствуют действительности, иногда они полностью ошибочны, а чаще всего содержат лишь долю истины. Давайте попробуем определить, насколько точна ваша мысль о Карен?

П: Хорошо.

Т: Вот список вопросов, которые помогут нам в этой работе (рис. 8.1). Возьмите вашу копию. Вначале взгляните на первые пять

вопросов. Итак, были ли у вас доказательства того, что эта мысль правдива, что вашей подруге действительно все равно, что с вами происходит?

**Вопросы об автоматических мыслях**

1. Каковы доказательства, поддерживающие эту идею?

Каковы доказательства, противоречащие этой идее?

2. Существует ли альтернативное объяснение?

3. Что самое плохое может произойти? Смогу ли я пережить это?

Что самое лучшее может произойти?

Каков самый реалистичный исход?

4. Каковы последствия моей веры в автоматическую мысль?

Каковы могут быть последствия изменения моего мышления?

5. Что в должен делать в связи с этим?

6. Что я мог бы посоветовать _____________ (другу), который находится в такой же ситуации?

**Рис. 8.1.** Вопросы для оценивания автоматических мыслей.



П: Когда мы столкнулись на улице, она выглядела так, будто жутко торопится. Она лишь кивнула мне и сказала: "Привет, Салли, увидимся позже". И быстро прошла мимо. Она даже не посмотрела толком на меня.

Т: Что-нибудь еще?

П: Наверное, нет.

Т: Хорошо. А существуют ли доказательства противоположного, того, что, может быть, ей *не все равно*, что происходит с вами?

П: *(Отвечает общими фразами.)* Она хорошая подруга. Мы дружили еще школе.

Т: Какие из ее слов или действий свидетельствуют о том, что вы ей небезразличны? *(Помогает пациентке сформулировать конкретные доводы.)*

П: Гм... Она часто приглашает меня пообедать вместе. Иногда мы допоздна оговариваем обо всем на свете.

Т: Хорошо. Значит, с одной стороны, вчера она пробежала мимо вас, едва обронив пару слов. Наверняка бывали и другие случаи, когда она была очень занята. С другой стороны, она часто приглашает вас пообедать и подолгу беседует с вами. Правильно?

П: Да.

Терапевт помогает Салли *найти доказательства,* как подтверждающие, так и опровергающие ее проблемную мысль. Наконец, терапевт подводит итог и помогает Салли *сформулировать рациональное альтернативное объяснение* того, что произошло. Кроме того, он предлагает пациентке *оценить возможные варианты дальнейшего развития событий.*

Т: Хорошо. А теперь давайте снова обратимся к этой ситуации. Может быть, случившееся можно объяснить иначе? А не только тем, что Карен действительно наплевать на вас?

П: Я не знаю.

Т: По какой причине она могла очень спешить?

П: Откуда мне знать... Она могла опаздывать на занятия. Или на встречу.

Т: Хорошо. Что *самое плохое* могла означать эта ситуация?

П: Что ей на самом деле все равно, что со мной происходит. Что я не могу рассчитывать на ее поддержку.

Т: Вы смогли бы это пережить?

П: Да. Но мне было бы очень плохо.

Т: А как вы можете *самым лучшим образом* объяснить эту ситуацию?

П: ...Может быть, так: на самом деле Карен хорошо ко мне относится. А тогда она просто очень спешила.

Т: А каков *самый правдоподобный вариант?*

П: Теперь я поняла, что Карен действительно хорошо ко мне относится.

В приведенном примере терапевт помогает Салли осознать, что она способна пережить даже негативный сценарий развития событий, а также что ее самые большие опасения вряд ли оправдаются. В следующем примере терапевт предлагает Салли *проанализировать ее реакцию на искаженные мысли,* подготовиться к решению проблемы и разработать план разрешения этой травмирующей ситуации.

Т: Каковы *последствия* ваших мыслей о том, что вы безразличны Карен?

П: Мне становится грустно. Я думаю, что из-за этого мы меньше общаемся.

Т: А каковы могут быть *последствия,* если вы *измените свое мышление?*

П: Мне станет лучше.
Т: Так что же вам следует предпринять?
П: Гм... Я не понимаю.
Т: Отразился ли этот вчерашний случай на ваших с Карен отношениях?
П: Думаю, да. Сегодня утром я даже не поздоровалась с ней.
Т: Значит, сегодня утром вы действовали так, как будто та первая мысль была истинной. Как бы вы могли действовать по-другому?
П: Я могла бы поздороваться, заговорить с ней и держаться дружелюбно.

Если бы терапевт сомневался в наличии у Салли социальных навыков или мотивации довести до конца этот план (общаться с Карен как ни в чем не бывало), он уделил бы некоторое время подготовке и задал бы ей следующие вопросы: когда вы можете снова встретиться с Карен? Как вы думаете, не попытаться ли вам ускорить эту встречу? Что вы могли бы сказать ей при встрече? Что вам может помешать сказать это? (При необходимости терапевт моделирует возможный разговор с Карен и/или проводит с Салли ролевую игру.)

В заключение терапевт оценивает, насколько Салли доверяет первоначальной автоматической мысли и какие эмоции она испытывает. (Исходя из полученной информации, он определяет свои цели на следующую сессию.)

Т: Хорошо. А сейчас насколько вы доверяете мысли "Карен наплевать на меня"?
П: Не сильно. Может быть, на 20%.
Т: Хорошо. И насколько вы сейчас огорчены?
П: Тоже не сильно. На 20%.
Т: Хорошо. Похоже, наша работа была не напрасна. Давайте подведем итог: что мы сделали и почему это помогло вам.

Нет необходимости применять все вопросы, приведенные на рис. 8.1, к каждой выявленной автоматической мысли. Когда ни один из вопросов не представляется полезным, терапевт меняет тактику (см. раздел "Использование альтернативных вопросов" далее в этой главе). В приведенном выше примере терапевт задает пациентке первые пять стандартных вопросов, поскольку во время данной сессии стремится продемонстрировать Салли структурированный метод исследования

собственного мышления и реагирования на него. Терапевт выбирает мысль, которая:

- кажется ему значимой (ухудшающей состояние пациента);
- является не случайной, а повторяющейся (которая, вероятно, возникнет у пациента еще не раз);
- скорее всего, искажена и дисфункциональна;
- способна служить полезной моделью при обучении пациента оцениванию других мыслей.

*До и после* применения сократического диалога терапевт также интересуется у пациента, насколько тот доверяет данной автоматической мысли и насколько интенсивны его негативные эмоции, чтобы определить, насколько эффективным оказалось терапевтическое вмешательство.

Терапевт может кратко подытожить проделанную работу (применение вопросов, представленных на рис. 8.1), чтобы убедиться, что пациент понимает суть и осознал ценность данной техники.

Т: Давайте еще раз обсудим, что нам удалось сделать. Мы начали с того, что выявили вашу автоматическую мысль: "Карен на меня наплевать".

П: Да.

Т: Затем мы оценили эту мысль с помощью вопросов (см. рис. 8.1). И что произошло с вашим настроением?

П: Мне стало намного лучше.

Т: Как вы думаете, если на следующей неделе вас посетит другая неприятная мысль, полезно ли будет оценить ее таким же образом?

П: Можно попробовать. Но что если мысль окажется правильной?

Т: В этом случае надо будет решить проблему. Например, мы могли бы обсудить, как вам самой обратиться к Карен. В любом случае, никому из нас не известно заранее, принесет ли пользу оценивание конкретной мысли. Я предлагаю вам лишь *попробовать* ответить на эти вопросы на следующей неделе, хотя бы несколько раз, когда вам удастся распознать проблемную мысль. Вы согласны?

П: Да.

Т: Должен предупредить вас, что применять эти вопросы иногда сложнее, чем кажется. Если вы поймете, что с какой-то ситуацией сами не справляетесь, мы поработаем над ней вместе. Но попытаться стоит,

и если у вас возникнут проблемы, мы обсудим их на следующей встрече. Договорились?

Умение оценивать автоматические мысли - это навык. Некоторые пациенты осваивают его быстро, другим необходимо больше указаний терапевта, времени и практики. В предыдущем примере терапевт заранее предполагает, что Салли может столкнуться с определенными трудностями и принимает меры, позволяющие предотвратить возможную самокритику пациентки. Предположив же, что вопреки его наставлениям Салли могла бы *обвинить себя* за то, что ей не удалось полностью выполнить домашнее задание, он остановился бы на этом вопросе подробнее.

Т: Салли, если на следующей неделе вам не удастся выполнить домашнее задание - оценивать свои мысли, - как вы, скорее всего, будете себя чувствовать?

П: Я буду очень собой недовольна.

Т: Какие у вас будут мысли?

П: Я не знаю. Наверное, я просто брошу все это.

Т: Можете ли вы представить, что смотрите на пустой лист бумаги и не можете начать работу?

П: Да.

Т: О чем вы думаете, когда смотрите на этот лист бумаги?

П: Я должна это сделать. А я просто дура.

Т: Салли, как вы собираетесь ответить на эти мысли?

Далее терапевт и пациентка совместно формулируют несколько позитивных утверждений, по сути - адаптивных ответов на автоматические мысли Салли. Девушка записывает их на карточку.

**Автоматические мысли.** *Я должна это сделать. А я просто дура.*

**Адаптивный ответ.** *На самом деле я не должна. Это навык, которому я*

*только учусь. И постепенно я освою его, но вначале мне нужно потрени*

*роваться с терапевтом. И я вовсе не дура. Мне просто требуется боль*

*ше практики. В конце концов, мы с терапевтом предполагали, что у меня могут возникнуть сложности.*

Т: Как вы думаете, поможет ли вам эта карточка выполнить домашнее задание? Или нам лучше отложить его на некоторое время и

тренироваться вместе (о тех пор, пока ваша уверенность не окрепнет?

П: Наверное, я попробую...

Т: Хорошо. Помните, что если у вас появятся негативные эмоции и автоматические мысли, вы должны их записать. Договорились?

П: Да.

Здесь терапевт дает пациентке домашнее задание в беспроигрышном варианте: либо Салли выполнит его успешно, либо у нее возникнут сложности, справиться с которыми терапевт поможет ей на следующей сессии. Если Салли испытает негативные эмоции, она либо прочитает заполненную карточку (и, вероятно, ее состояние улучшится), либо определит и запишет свои автоматические мысли, чтобы поработать с ними неделю спустя.

Еще раз подчеркнем, что не все приведенные на рис. 8.1 вопросы следует применять для оценки *каждой* автоматической мысли. Более того, даже если все вопросы логически подходят к данной автоматической мысли, столь подробный анализ может оказаться слишком обременительным и требующим больших временных затрат. Устав, пациент может разочароваться и вовсе отказаться от оценивания своих автоматических мыслей.

Т: Итак, в течение следующей недели попробуйте оценивать свои автоматические мысли с помощью этих вопросов, но подходите к этому заданию с позиций здравого смысла. Например, вопрос 2 часто помогает проанализировать сложности в отношениях с другими людьми, но он бывает полезным далеко не всегда. Самое главное: вам не надо отвечать на *все* вопросы по порядку, оценивая каждую автоматическую мысль. Просто разберитесь, как работает эта методика. Позже мы добавим к перечню еще несколько вопросов. Договорились?

Пациенту, которому не удается объективно оценить свою автоматическую мысль, трудно найти ответы даже на самые первые вопросы. В таких случаях полезно предложить ему дистанцироваться от своей мысли. Одна из техник дистанцирования заключается в том, чтобы предложить пациенту *вообразить, будто похожая ситуация произошла с его близким другом* и пациенту нужно

дать другу совет. Следующий пример демонстрирует трудности Салли в оценивании проблемной мысли и помощь терапевта, который

предлагает девушке посмотреть на ситуацию другими глазами, применяя технику "помоги другу".

Т: Значит, по контрольной работе, о которой вас не предупреждали, вы получили "С" (соответствует оценке "удовлетворительно". - *Примеч.ред.).* У вас возникла мысль: "Я никогда [не осилю экономику и] не окончу колледж", и вы очень огорчились.

П: Правильно.

Т: Салли, существуют ли другие доказательства того, что вы не окончите колледж?

П: Да. В последнее время у меня совсем нет сил на учебу. Я часто листаю учебник по экономике, но в моей голове ничего не задерживается. Через две недели мне нужно сдать курсовую работу, а я еще и не начинала ее писать.

Т: А есть ли у вас доказательства обратного? Что вы *сможете* осилить экономику и окончить колледж?

П: Наверное, нет.

В этот момент терапевт мог бы подсказать Салли аргумент, о котором ему известно или о существовании которого он только догадывается: "Помните, вы рассказывали мне о том, как хорошо написали первую контрольную работу, о которой не было объявлено заранее? Можно ли считать это доказательством того, что вы *в состоянии* справиться? И потом, как вы думаете, вы написали бы эту контрольную работу лучше, если бы знали о ней заранее? Вам известно, как остальные студенты написали эту контрольную работу? Не воспринимаете ли вы свою оценку "С" как "F" (соответствует оценке "неудовлетворительно". - *Примеч. ред.)?*

Однако он пробует иной подход.

Т: Салли, если бы на вашем месте оказалась ваша соседка по комнате, если бы она получила "С" по неожиданной контрольной работе по экономике и у нее возникла бы мысль: "Я никогда не осилю экономику и не окончу колледж", что бы вы могли сказать ей?

П: Гм... Я не знаю.

Т: Согласились бы вы с ней? Сказали ли бы: "Да, Джейн, ты права, ты никогда не осилишь экономику"?

П: Нет. Никогда бы я так не сказала. Наверное, я постаралась бы ее переубедить: "Послушай, об этой контрольной работе не было объявлено заранее. Если бы ты знала о ней, ты бы лучше

подготовилась или обратилась за консультацией к помощнику преподавателя и наверняка написала бы лучше. Это не означает,

что ты никогда не осилишь экономику, и тем более, что ты не окончишь колледж. Это просто было для тебя неожиданностью".

Т: Отлично! А можно ли эти слова применить *я к* вам самой?

П: Да, контрольная *действительно* была неожиданностью. Это правда, что я не подготовилась к ней как следует, - я имею в виду, что я, конечно, пыталась читать учебник, но если бы я знала, когда будет контрольная, я бы заставила себя сосредоточиться.

Т: Хорошо. Итак, если вас снова посетит мысль "Я никогда не осилю экономику и не окончу колледж", как вы сможете ей ответить?

В этом случае терапевт *сам* предлагает Салли кандидатуру воображаемого "друга". Но обычно предложить имя конкретного человека просят самого *пациента:* "Салли, попробуйте представить другого человека, оказавшегося в такой же ситуации, что и вы сейчас. Может быть, друга или родственника. И представьте, что у него возникают те же мысли, что и у вас".

Успешно применив эту технику, терапевт обучает Салли обращаться к ней самостоятельно.

Т: Согласны ли вы, что было полезно оценить мысль "Я никогда не осилю экономику и не окончу колледж"? Вы мысленно отделили эту идею от себя и представили, что хотите помочь своей соседке по комнате, а затем попробовали применить этот совет к себе.

П: Да. Думаю, теперь ситуация для меня прояснилась.

Т: У вас есть с собой перечень вопросов для оценивания автоматических мыслей, с предыдущей сессии? Взгляните, техника "помоги другу" - это вопрос № 6. На следующей неделе постарайтесь поработать таким же образом с другой соматической мыслью. Если возникнут сложности или вы поймете, что эта шика не помогла или не подошла вам, мы обсудим это в следующий раз.

Впоследствии, убедившись, что состояние пациента улучшилось и он научился свободно оценивать свои мысли, терапевт представляет ему упрощенный вариант техники - *поиск адаптивного ответа.*

П: [Когда я соберусь попросить мою соседку по комнате получше убирать за собой в кухне], у меня может возникнуть мысль, что мне просто надо получше убирать самой.

Т: Предложите, пожалуйста, альтернативный способ восприятия этой ситуации.

П: Для меня же лучше решиться па этот разговор. Это логичный и обозванный поступок. Я не собираюсь грубить или перекладывать на нее свои обязанности.

Т: Отлично. Как вы думаете, что произойдет с вашей тревогой, если вы ответите на свои сомнения подобным образом?

П: Она ослабнет.

С другой стороны, рассудив, что автоматические мысли пациента могут помешать ему в реализации установленного плана, терапевт интересуется *возможным ответом* пациента (предполагая, что он уже освоил некоторые навыки в использовании упомянутых выше вопросов).

Т: Что может помешать вам выполнить домашнее задание по статистике?

П: Я могу подумать, что работы очень много, и очень огорчиться.

Т: Предположим, у вас возникла мысль: "Работы очень много". Как вы ответите на нее?

П: ...У меня нет необходимости выполнить вес за один вечер. И я не должна усвоить материал на "отлично", по крайней мере вначале.

Т: Хорошо. Будет ли этого достаточно, чтобы приступить к выполнению домашнего задания по статистике?

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ ВОПРОСОВ

Начинающему когнитивному терапевту в процессе оценивания автоматических мыслей следует опираться на вопросы, приведенные на рис. 8.1. Но иногда стандартные вопросы необходимо изменять. Примеры разных типов сократических вопросов описаны в работах Overholser (1993a, 1993b).

В следующем примере терапевт изменяет стандартные вопросы, рассудив, что применительно к конкретной автоматической мысли они не принесут пользы.

Т: О чем вы подумали [когда по телефону спросили маму, не сократить ли вам время пребывания дома на каникулах, а она рассердилась на вас]?

П: Я позвонила не вовремя. Я не должна была ей звонить.

Т: Почему вы решили, что не должны были звонить? Каковы доказательства?

П: Моя мама всегда очень занята по утрам и всегда ужасно торопится. Если бы я подождала и позвонила вечером, когда она возвращается с работы домой, она была бы в лучшем настроении.

Т: Так бывало и раньше?

П: Да. Но в тот день мне хотелось заранее сообщить соседке по комнате, смогу ли я погостить у нее на каникулах или нет, чтобы она тоже могла планировать отдых...

Т: Значит, у вас были причины позвонить именно тогда, когда вы позвонили. Кроме того, мне кажется, что вы сознавали, что рискуете, но действительно хотели как можно скорее договориться с соседкой по комнате.

П: Да.

Т: Разумно ли так ругать себя за то, что вы изначально пошли на риск?

П: Нет...

Т: Ваш голос звучит неуверенно... Салли, а насколько эта ситуация - ваше желание провести часть летних каникул в гостях у подруги - неприятна для вашей мамы? Чувствует ли она себя уязвленной?

Затем терапевт задает Салли другие вопросы: насколько уязвленной показалась вам мама? Обижалась ли она на вас раньше? Как она, вероятнее всего, чувствует себя сейчас? В ваших ли силах никогда не огорчать маму? Можете ли вы вовсе не задевать чувства своей мамы - учитывая то, что она хочет, чтобы вы всегда проводили каникулы исключительно дома? Хорошо ли стремиться *никогда* не задевать ничьих чувств? Что вы можете позволить себе без оглядки на кого бы то ни было?

Т: Теперь давайте вернемся к первоначальным мыслям: "Я позвонила не вовремя. Я не должна была ей звонить". Что вы скажете о них сейчас?

П: Не произошло ничего ужасного. Мама, наверное, немного обиделась, потому что соскучилась по мне и хотела, чтобы я провела все каникулы с нею. Но я не должна всегда исполнять ее желания и подавлять мои собственные. Мне кажется, она сможет это пережить.

В этом примере терапевт изменяет стандартные вопросы, чтобы помочь пациентке проработать болезненную для нее ситуацию. Хотя анализ начинается с оценки достоверности автоматической мысли, позднее терапевт смещает акцент на *лежащее в основе мысли подспудное убеждение* (которое они обсуждали раньше в другом контексте): недопустимо обижать других людей.

В завершение дискуссии терапевт оценивает эффективность проведенной работы и определяет, требуется ли дальнейшая оценка автоматических мыслей. Для этого он спрашивает Салли: "Что вы скажете о них [первоначальных автоматических мыслях] сейчас?" Обратите внимание, что многие из вопросов, заданных терапевтом, были различными вариациями вопроса 2 (см. рис. 8.1) "Существует ли альтернативное объяснение?" (того, что Салли позвонила якобы "не вовремя", и того, почему обиделась ее мама (другое объяснение, помимо того, что во всем виновата пациентка)).

## ВЫЯВЛЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ИСКАЖЕНИИ

Для когнитивных процессов пациентов, страдающих психиатрическими расстройствами, характерны систематические негативные искажения (Beck, 1976). Когда пациент высказывает свою дисфункциональную автоматическую мысль, терапевт отмечает (мысленно, вслух или в письменной форме) *тип* допущенной им ошибки. Самые распространенные типы искажения мышления представлены на рис. 8.2 (см. также Burns, 1980).

Тех пациентов, которые охотно выполняют интеллектуальное задание - придумывают названия разным тинам искажений своего мышления, можно смело ознакомить со сведениями, представленными на рис. 8.2.

Т: Мы поговорили о том, почему у людей, пребывающих в расстроенных чувствах, часто бывают мысли, которые не отражают правды или частично ошибочны. Теперь я хочу представить вам перечень самых распространенных ошибок, которые люди допускают в своем мышлении. Научившись определять, какую ошибку вы допускаете в данный момент, вы лучше ответите на искаженную мысль. Просмотрите этот список... Хотите с ним поработать?

П: Я попробую.

Т: Видите, здесь указаны двенадцать самых распространенных искажений мышления. Первая ошибка - *дихотомическое,* или *полярное, мышление,* из-за которого люди видят окружающий мир в черно-белых красках, не замечая все: других цветов и оттенков... Если я не ошибаюсь, вы говорили, что на прошлой неделе вас посетила мысль: "Либо я получу "А", либо я ни на что не способна"? ("А" соответствует оценке "отлично". - *Примеч. ред.).* Правда, это прекрасный образец черно-белого мышления?

П: Да.

Т: Можете ли вы привести другие примеры? *(Терапевт и пациент некоторое время обсуждают это когнитивное искажение. Затем терапевт переход к разбору другого искажения, типичного для мышления этого пациента.)* В качестве домашнего задания предлагаю вам следующее. Выявив автоматическую мысль, попробуйте определить искажение, которое вы допускаете. Впредь, обсуждая автоматические мысли, мы будем всегда держать этот список перед собой, чтобы быстро выявлять ошибки мышления.

**Хотя некоторые автоматические мысли истинны, многие из них ошибочны или имеют лишь зерно правды. Вот типичные ошибки мышления,**

**1. *Дихотомическое мышление* (также называемое черно-белым мышлением, полярным или мышлением в стиле "все или ничего"): представление о том, что существуют только две категории для оценки событий, людей, поступков (черное-белое, плохое-хорошее). Отказ от оценки в континууме.**

***Пример:* "Если я не добьюсь успеха во всем, то я неудачник".**

**2. *"Катастрофизация"* (также называемая негативными предсказаниями): предсказание событий будущего исключительно негативно, без учета других, более вероятных исходов.**

***Пример:* "Я так расстроюсь, что не смогу вообще ничего делать".**

**3. *Обесценивание позитивного*: успехам, позитивному опыту и поступкам не придается значения.**

***Пример*: "Действительно, мне удалось выполнить эту работу, но это вовсе не означает, что в способный, мне просто повезло".**

**4. *Эмоциональное обоснование,* убеждение, что нечто должно быть правдой только потому, что вы "чувствуете" (по сути,**

**верите) в это настолько сильно, что игнорируете или обесцениваете доказательства обратного.**

***Пример*: "Я знаю, что мне многое удается на работе, но я по-прежнему чувствую себя неудачником".**

**5. *Навешивание ярлыков*: наделение безусловными, глобальными характеристиками себя или окружающих, без учета того, что доказательства могут с большей вероятностью привести к менее негативным выводам.**

***Пример*: "Я неудачник", "Он зануда".**

**6. *Магнификация/минимизация*: оценивание себя, окружающих или ситуации с преувеличением негативного и/или преуменьшением позитивного.**

***Пример*: "Средняя оценка говорит о том, что я неспособный. Оценка "отлично" не говорит о том, что я умный".**

**7. *Мысленный фильтр* (избирательное абстрагирование): безосновательный учет только неудач, поражений, лишений вместо полной картины всех событий.**

***Пример*: "Один плохой результат по тесту [наряду с несколькими хорошими] свидетельствует о том, что я лентяй, который не мог как следует подготовиться",**

**8. *"Чтение мыслей":* уверенность человека в том, что он знает мысли окружающих, и отказ принимать во внимание другие, более вероятные возможности.**

***Пример*: "Он думает, что я ничего не смыслю в этой работе".**

**9. *Сверхгенерализация*: формулирование обобщающих негативных выводов, выходящих далеко за пределы текущей ситуации.**

***Пример*: "[Поскольку я чувствовал себя не в своей тарелке на встрече], я не умею знакомиться с людьми".**

**10. *Персонализация*: представление о себе как о причине негативного поведения других людей без учета более вероятных объяснений их поведения. Уверенность человека в том, что его ошибки и просчеты находятся в центре внимания окружающих.**

***Пример*: "Мастер по ремонту нагрубил мне, потому что я сделал что-то не так".**

**11. *Долженствование* (мышление в стиле "я должен"): наличие четкой непреложной идеи о том, как должны вести себя другие**

**люди или каким должно быть собственное поведение. Если ожидания не оправдываются, человек воспринимает это как неудачу. Пример: "Ужасно, что я ошибся. Я должен во всем добиваться успеха".**

**12.** ***Туннельное мышление*****: акцент на негативных аспектах ситуации.**

**Пример: "Учитель моего сына ничего не может сделать правильно. Он постоянно критикует, не чувствует детей, и вообще он не состоялся как педагог".**

**Рис. 8.2.** Распространенные ошибки мышления.

Адаптировано с разрешения А. Бека, д-ра медицины

Некоторых пациентов, особенно ранимых, не следует знакомить с полным списком искажений, представленным на рис. 8.2. В этом случае терапевт называет и описывает лишь те ошибки мышления, которые типичны для данного пациента. Ниже представлен пример такого диалога.

Т: Мы только что выявили много автоматических мыслей в отношении работы, состояния здоровья и ваших детей, которые возникали на прошедшей неделе. Не кажется ли вам, что у всех этих мыслей есть нечто общее - в каждом случае вы ожидаете худшего варианта развития событий?

П: Да.

Т: Когда люди предсказывают худшее, мы называем это катастрофизацией (или негативными предсказаниями) - верой в то, что неизбежен негативный исход ситуации. Вы признаете, что вам свойственен такой тип мышления?

П: Наверное, да...

Т: На следующей неделе постарайтесь "поймать" себя на предсказании худшего. Когда вы запишете выявленную автоматическую мысль, определите, не связана ли она с "катастрофизацией".

Наконец, существует и третья возможность - предоставить пациенту весь список искажений мышления, но отметить в нем только одну, две или, три ошибки, свойственные именно ему. Пациенту, который научился выявлять свойственный ему тип искажений мышления, лучше удается объективно оценивать достоверность своих автоматических мыслей.

В следующем разделе мы поговорим об оценке выгоды автоматически мыслей.

## ОЦЕНКА ВЫГОДЫ АВТОМАТИЧЕСКИХ МЫСЛЕЙ

Некоторые автоматические мысли могут быть полностью достоверными или, несмотря на оценивание, пациент может по-прежнему доверять сомнительным идеям, не отражающим всей правды. В таких случаях следует оценить *выгоду* автоматических мыслей. Терапевт либо помогает пациенту определить *последствия* его мышления (см. рис. 8.1, вопрос 4), либо интересуется непосредственно преимуществами и недостатками наличия данной мысли. Затем необходимо найти адаптивный ответ на эту дисфункциональную мысль.

Т: Салли, возможно, вы и правы, утверждая, что ваши шансы найти подходящую работу летом не так уж высоки. Но какой смысл в том, чтобы постоянно твердить себе: "Я никогда не найду работу, я никогда не найду работу»?

П: Я не разочаруюсь, если все-таки не найду работу.

Т: А есть ли у этой мысли недостатки?

П: Недостатки?

Т: Доставляет ли вам эта мысль огромное удовольствие? Повышает ли она вашу успеваемость? Улучшает ли вам настроение?

П: Нет.

Т: Теперь вы понимаете, что мысль "Я никогда не найду работу" имеет недостатки?

П: Да.

Т: Попробуйте найти адаптивный ответ на нее.

П: "Я найду работу"?

Т: Сомневаюсь, что на жизнь надо смотреть *чересчур* оптимистично. Но согласитесь, что у вас есть шанс найти *какую-то* работу, даже если она окажется не той, о которой вы мечтали. Затем вам стоит сместить фокус внимания на то, чем вы занимаетесь в данный момент *(каким образом* вы собираетесь достичь своей цели). Подумаете над этим на будущей неделе?

В других случаях терапевт может выяснить, какова подоплека мысли "Я никогда не найду работу", какое убеждение лежит в ее основе. Однако в приведенном выше примере он оценивает именно *выгоду* этой идеи. Далее показано, как он подробно разъясняет суть этого процесса пациентке.

Т: Салли, давайте подведем итог. Вначале мы попытались найти доказательства того, что ваша мысль "Я никогда не найду работу" достоверна. Оказалось, что их не так просто выявить. Затем мы оценили *выгоду* этой мысли. Вы помните, каким образом?

П: Да. Мы рассмотрели ее преимущества и недостатки.

Т: Правильно. И, обнаружив, что у нее много недостатков, мы разработали план, по которому вы сможете ответить на эту мысль в следующий раз. Таким образом, даже если мысль соответствует действительности или у вас не получается объективно оценить ее, вы можете найти правильный ответ на нее, основываясь на ее недостатках.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЦЕНИВАНИЯ АВТОМАТИЧЕСКИХ МЫСЛЕЙ

Проанализировав автоматическую мысль пациента с помощью стандартных или альтернативных вопросов, представленных в этой главе (или поведенческого эксперимента, см. главу 12, раздел "Поведенческие эксперименты"), терапевт, прежде чем идти дальше, оценивает эффективность проделанной работы. Если доверие пациента к этой автоматической мысли значительно

ослабело, а его эмоциональное состояние улучшилось, терапевт может переходить к следующему вопросу повестки дня.

Т: Насколько вы сейчас уверены в том, что Джейн разозлится и никогда не простит вас, если вы попросите ее вести себя потише?

П: Не сильно. Может быть, на 25%.

Т: Сильно ли вы беспокоитесь сейчас по этому поводу?

П: Тоже меньше. Примерно на 20%.

Т: Хорошо. Хотите еще что-нибудь добавить? Нет? Тогда давайте перейдем к следующему вопросу повестки дня.

## КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ НЕУДАЧНОЙ ОЦЕНКИ АВТОМАТИЧЕСКОЙ МЫСЛИ

Если пациент по-прежнему уверен в истинности своей дисфункциональной автоматической мысли и испытывает дисфорию, терапевт определяет, почему начальная попытка когнитивной реструктуризации оказалась неудачной. Вот перечень возможных объяснений.

**1. Присутствуют другие, более значимые для пациента автоматические мысли и/или представления, которые не выявлены и/или не проработаны.** Это означает, что *терапевту не удалось выявить ключевую автоматическую мысль или образ (представление) пациента.* Например, Салли сообщает о своей мысли: "Если я вызовусь [написать заметку в стенгазету], у меня ничего не получится". Оценивание этой мысли не поможет улучшить ее настроение, поскольку присутствуют другие важные (но неосознаваемые) мысли: "Что если они [издатели стенгазеты] решат, что я никудышный автор?" или "Что если мне не удастся написать интересную заметку?". У Салли также присутствует визуальный образ. Она представляет редактора газеты, изучающего ее материал насмешливым, пренебрежительным выражением лица.

**2. Работа над автоматической мыслью оказалась неудачной, поверх костной или недостаточной.** Например, у Салли есть мысль: справлюсь со всем этим. Мне так много надо сделать", но она сама *о* возражает: "Нет, у меня наверняка все получится". Этого ответа недостаточно, и тревога Салли не уменьшается.

**3. Пациенту не удалось найти и озвучить все доводы, которые, по его мнению, подтверждают эту автоматическую мысль.** В данном случае терапевт не выявил достаточно доказательств, на основе которых у и пациента сформировалась уверенность в правдивости его автоматической

мысли. В этом случае невозможно сформулировать хороший адаптивный ответ. Например.

Т: Салли, почему вы решили, что вашему брату на вас наплевать?

П: Он почти никогда не звонит мне. Звоню всегда я.

Т: А существуют ли доказательства обратного? Того, что он действительно беспокоится о вас, что он хочет поддерживать с вами

хорошие отношения?

Прояви терапевт чуть больше настойчивости и внимания, он обнаружил бы у Салли другие доводы в поддержку ее проблемной автоматической мысли: ее брат на каникулах проводит больше времени со своей подругой, чем с сестрой, тон его голоса резок и нетерпелив, когда бы она ни позвонила и он не прислал ей поздравительную открытку ко дню рождения. Получив эти дополнительные сведения, терапевт помог бы Салли эффективнее взвесить доказательства и сформулировать альтернативные объяснения такого поведения се брата.

**4. Автоматическая мысль по сути является глубинным убеждением пациента.** Здесь *пациент выявляет автоматическую мысль, которая в то же время представляет собой глубинное убеждение.* Так, у Салли часто возникает мысль: "Я ни на что не способна". Пациентка настолько глубоко убеждена в собственной никчемности, что разовое оценивание не изменит ее восприятия, как не изменит и сопутствующих негативных эмоциональных реакций. Чтобы изменить глубинное убеждение Салли, терапевту придется применить множество других техник (см. главу 11, посвященную работе с глубинными убеждениями).

**5. Пациент понимает "умом", что автоматическая мысль искажена, но "в душе" не верит этому.** В этом случае терапевту необходимо выявить и исследовать убеждение, которое лежит *в основе* этой автоматической мысли.

Т: Насколько вы верите в то, что профессор не подумает, будто вы попусту отнимаете его время, а даже если и подумает, то помогать студентам - это его работа?

П: Наверное, это так, но...

Т: Но?

П: Хотя я и считаю, что он должен помочь, мне по-прежнему кажется, что он подумает, будто я отнимаю у него время.

Т: Ладно. Давайте предположим, что он действительно подумает, что вы попусту отнимаете его время. Что в этом плохого?

Здесь терапевт выясняет, что на самом деле пациентка не верит в адаптивный ответ, и выявляет лежащее в основе ее сомнений убеждение: обратившись за помощью, я признаюсь в своей слабости.

**6. Пациент не верит в пользу работы с автоматическими мыслями.**

Т: Насколько вы верите, что профессор не подумает, будто вы попусту отнимаете его время, или, если он и подумает так, это его работа, за которую он получает зарплату?

П: Я верю, но...

Т: Но?

П: Мне по-прежнему кажется, что я должна разобраться во всем сама.

Т: Да у вас есть такая возможность. Но давайте посмотрим, вам лучше разобраться самой или обратиться за помощью к профессору?

Когда пациент не доверяет оцениванию автоматической мысли, он зачастую произносит утверждения в форме "да, но...": "Да, я верю, что это так, но...".

С утверждениями, принимающими форму "да, но...", необходимо работать так же, как и с другими автоматическими мыслями, - подвергать их рациональному оцениванию.

Подводя итог, нужно сказать следующее. Проделав работу с автоматической мыслью, терапевт просит пациента оценить степень доверия к новому, адаптивному утверждению - ответу на проблемную мысль, а также интенсивность негативных эмоций. Если пациент недостаточно уверен в новом ответе и по-прежнему испытывает дистресс, терапевт концептуализирует, почему работа с автоматической мыслью не привела к нужному результату, не помогла улучшить состояние пациента.

Поиску адаптивных ответов на автоматические мысли посвящена следующая глава.

# ГЛАВА 9 ОТВЕТЫ НА АВТОМАТИЧЕСКИЕ МЫСЛИ

В предыдущей главе мы продемонстрировали способы помощи пациенту в оценивании его автоматических мыслей, а также критерии определения эффективности проведенного терапевтического вмешательства. Во многих случаях терапевт, стремясь выработать у пациента более адаптивный взгляд на мир, комбинирует вербальное взаимодействие с вмешательством другого рода. Это дополнительное вмешательство предполагает регистрацию дисфункциональных автоматических мыслей и ответов на них, оформленных в письменном виде. Записывание ключевых моментов терапевтической сессии не только способствует успеху терапии, но также позволяет пациенту вернуться к важным вопросам спустя недели и месяцы (и даже годы) после завершения лечения. В этой главе представлен бланк для работы с дисфункциональными мыслями (РДМ). Применение бланка РДМ позволяет пациентам в письменной форме оценивать свои автоматические мысли и формулировать на них более адаптивные ответы. Мы также коснемся других методов поиска ответов па дисфункциональные автоматические мысли.

## БЛАНК ДЛЯ РАБОТЫ С ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ МЫСЛЯМИ (РДМ)

Рабочий бланк для работы с дисфункциональными мыслями (РДМ) (рис. 9.1) (Beck и др., 1979), помогает пациенту формулировать адаптивные ответы на автоматические мысли, избавляясь в результате от дисфории. Некоторые пациенты охотно соглашаются использовать этот бланк и применяют его последовательно и успешно. Другие испытывают различного рода сложности. Однако благодаря правильным указаниям и поддержке терапевта большинству пациентов удается применять бланк РДМ довольно регулярно. Рассудив, что пациента может утомить сама форма бланка, терапевт заменяет его простым перечнем вопросов, приведенных в главе 8, рис. 8.1.

Пациент с большей вероятностью станет применять бланк РДМ, если терапевт правильно представит ему этот метод (даст логическое обоснование), докажет эффективность и потренируется вместе с ним. Вот условия, необходимые для эффективного применения пациентом бланка.

1. Прежде чем представить данную методику пациенту, терапевт должен сам освоить работу с бланком РДМ (на примере своих собственных автоматических мыслей).

2. Терапевт должен вводить бланк РДМ в терапевтическую работу в два этапа, на протяжении двух или более сессий. На стадии 1 пациент знакомится с первыми четырьмя колонками, на стадии 2 - с последними двумя.

3. Прежде чем знакомить пациента с бланком РДМ, терапевт должен убедиться, что пациент действительно усвоил когнитивную модель и уверен в ее действенности (и противном случае он не осознает ценности выявления и анализа автоматических мыслей).

4. Перед началом работы с бланком РДМ пациент должен продемонстрировать свое умение распознавать автоматические мысли и эмоции. Он должен четко различать такие понятия, как ситуация, эмоции, физиологический ответ организма и автоматические мысли. Если пациент путается в этих терминах, ему будет трудно работать с бланком РДМ, более того, он вряд ли получит от этот пользу. Поэтому прежде чем учить пациента заполнению этого бланка, терапевт должен и устной форме проанализировать с пациентом несколько ситуаций, связанных с ними автоматических мыслей и сопутствующих эмоций.

5. До начала работы со всеми колонками бланка пациент должен продемонстрировать успех в самостоятельном заполнении первых четырех колонок (на примерах нескольких различных ситуаций).

6. Прежде чем обучать пациента заполнению последних двух колонок, терапевт должен в устной форме оценить как минимум одну его автоматическую мысль и убедиться, что состояние пациента улучшилось.

7. Если пациенту не удается выполнить домашнее задание, предполагающее использование бланка РДМ, терапевту следует выявить автоматические мысли, касающиеся работы с бланком, оказать пациенту помощь в решении практических проблем, предложить применить бланк РДМ в качестве эксперимента, подумать над тем, чтобы рассказать пациенту о своей работе с бланком или мотивировать пациента другим способом.

Выявив проблемную ситуацию, терапевт вначале помогает пациенту распознать конкретные автоматические мысли и связанные с ними эмоции с помощью устного опроса. Он также может использовать эти примеры для разъяснения того, как работает бланк РДМ. Если терапевт представляет бланк без первого удачного выявления важной ситуации, автоматических мыслей и эмоций, он подвергает пациента риску утратить уверенность в себе, если в дальнейшем он не сможет правильно распознавать эти различные аспекты своего внутреннего мира.

В следующем примере терапевт представляет пациентке первые четыре колонки бланка РДМ.

Т: Салли, я хочу убедиться, что правильно понял вас. Ситуация была следующая: позвонила ваша школьная подруга Донна и сказала, что не сможет увидеться с вами на выходных. У вас возникла мысль: "Я ей больше не нужна", и вам стало грустно. Правильно?

П: Да.

Т: Хорошо. Сейчас мы оценим эту мысль, но сначала я хочу предложить вам одну полезную методику. Вот бланк для работы с дисфункциональными мыслями (РДМ). Он представляет собой структурированный способ формирования ответов на автоматические мысли, которые причиняют вам беспокойство. *(Показывает пациентке бланк, представленный па рис. 9.1.)*

П: Гм...

Т: Сегодня мы рассмотрим только первые четыре колонки, а последние две я вычеркну. Мы обратимся к ним в следующий раз. А сейчас, прежде чем мы начнем, я должен вам кое-что сообщить. Во-первых, я не буду обращать внимания на каллиграфию и грамматические ошибки.

П: *(Улыбается.)*

Т: Во-вторых, это действенная методика, однако чтобы освоить ее, вам придется потренироваться. Вначале вы будете допускать ошибки - так происходит со всеми. Эти ошибки также могут принести пользу: мы увидим, на чем вы споткнулись, и в следующий раз вы сделаете это лучше. Это понятно?

П: Да.

Т: Хорошо. Давайте возьмем для примера вашу мысль "Я ей больше не нужна". Первую колонку заполнить очень легко. Когда у вас возникла эта мысль.

П: Сегодня утром.

Т: Тогда в первой колонке отметьте сегодняшнюю дату и приблизите время, когда это произошло.

П: *(Записывает.)*

Т: Отметьте также и день недели, хорошо? Это пригодится, когда мы 8 немея к этой записи в дальнейшем. Во второй колонке опишите ситуацию. мысль, "Я ей больше не нужна", возникла у вас непосредственно во время говора или после него?

| **Дата/ время** | **Ситуация** | **Автоматические** | **Эмоции** | **Адаптивный** | **Результат** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **мысли** | | **ответ** | | | | |
| | 1. Какое конкретно событие, либо | 1. Какие мысли | 1. Что вы в тот момент | 1. (желательно) Какое когнитивное искажение вы допустили? | 1. Насколько теперь вы | 2. Были ли у вас | 2. Насколько вы | 2. Насколько ярко была выражена |
| | поток мыслей | и/или представления | чувствовали | | убеждены в истинности | неприятные | были убеждены | каждая из этих эмоций? |
| | и/или образов. | возникли у вас? | (грусть, тревогу, злость и т.д.)? | | каждой автоматической | физические | в их истинности | |
| | либо воспоминаний пришли вам на ум? | | | | мысли? | ощущения | в тот момент, | |
| | | | | | | и если да, то | когда они | |
| | | | | | | какие именно? | возникали? | |
| | | | | 3. Насколько вы убеждены | 3. .Каковы будут ваши дальнейшие действия (или: что вы сделали)? | | | |
| | | | | в каждом ответе? | | | | |
| | | | | | | | | |
| Пятница, 23.02 | Телефонный | Я ей больше не нравлюсь. 90% | Грусть 80% | | | | | |
| 10:00 | разговор с Донной. | | | | | | | |
| вторник, 27.02 | Подготовка | Я никогда не выучу все это. 100% | Грусть 95% | | | | | |
| 12:00 | к экзамену. | | | | | | | |
| Четверг, 29. 02 | Думала о завтрашнем занятии по экономике. | Меня могут | Тревога 80% | | | | | |
| Г 7:00 | | вызвать, и я не | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | смогу хорошо | |
| | | ответить. 80% | |
| | Заметила, что мое сердце колотится и | Что со мной | Тревога 80% |
| | мне сложно | происходит? | |
| | сосредоточиться. | | |

Вопросы для формулирования адаптивного ответа: (1) Каковы доказательства истинности этой автоматической мысли? Каковы доказательства обратного? (2) Существует пи альтернативное объяснение? (3) Что самое худшее может произойти? Смогу ли я пережить это? Каков самый лучший исход? Каков самый реалистичный вариант развития событий? (4) Каковы последствия моей убежденности в истинности этой автоматической мысли? Что произойдет, если я изменю свое мышление? (5) Что я могу сделать? (6) Если бы в подобной ситуации оказался _____ (имя друга) и у него были подобные мысли, что я мог бы сказать ему?

**Рис. 9.1.** Бланк для работы с дисфункциональными мыслями.



Ответы автоматических мыслей

П: Когда я разговаривала с ней.

Т: Значит, во второй колонке можете записать: "Телефонный разговор с Донной". Если бы эта мысль возникла у вас после того, как вы положили трубку, вы могли бы написать: "Воспоминания о телефонном разговоре с Донной" Итак, ситуация может быть как *фактическим событием*, так и вашими *размышлениями* или представлениями. Вам понятно это?

П: Наверное, да...

Т: Мы рассмотрим еще много примеров, и картина еще больше прояснится! Обратите внимание, что вопросы вверху каждой колонки подсказывают вам что необходимо записывать. Кстати, есть и третий тип ситуаций, это ваши *автоматические мысли* по поводу собственного самочувствия, эмоционального или физического. Например, ситуация может быть такой: "Я заметила, что мне грустно", а сопутствующая ей автоматическая мысль: "Я не должна так себя чувствовать. Я безнадежна".

П: Кажется, я поняла.

Т: Следующая колонка предназначена для записи автоматических мыслей. Здесь вы должны отмечать конкретные слова, которые приходят вам на ум, или описывать свои образы (представления). В нашем примере у вас возникла мысль: "Я ей больше не нужна"... Насколько вы верили этой мысли в момент ее появления?

П: Очень сильно: на 90%.

Т: Тогда рядом с записью своей мысли отметьте "90%". В четвертой колонке вы должны записать, какую эмоцию вы испытывали и насколько она была интенсивной. В данном случае - насколько вам было грустно?

П: Очень грустно - примерно на 80%.

Т: Запишите это. И давайте попробуем еще раз. Вспомните, пожалуйста, еще одну ситуацию, случившуюся на прошлой неделе, когда вы заметили, что ваше настроение изменилось.

П: Сегодня я была в библиотеке... Я искала книгу. И мне снова стало очень грустно.

Т: Давайте мысленно вернемся в эту ситуацию. Вы в библиотеке, ищете книгу. Вам становится грустно, и вы задаете себе вопрос, который указа верхней части рабочего бланка: "О *чем я сейчас думаю?" (Обводит или выделяет маркером этот вопрос на рабочем бланке.*)

П: У меня ничего не получится. Я даже книгу не способна найти.

Т: А теперь давайте посмотрим, удастся ли вам заполнить первую колонку бланка РДМ. Если понадобится, я готов вам помочь.



Когда пациент научится успешно заполнять первые четыре колонки непосредственно на сессии, без помощи терапевта или с его незначительной помощью, терапевт предлагает ему продолжить эту работу в качестве домашнего задания.

Т: Салли, а как насчет того, чтобы в качестве домашнего задания попробовать несколько раз в течение следующей недели заполнить первые четыре колонки бланка РДМ? Изменение настроения будет для вас сигналом достать бланк, спросить себя, о чем вы сейчас думаете, и заполнить эти колонки, как мы это делали сегодня.

П: Хорошо, я попробую.

Т: Позвольте, я кое-что уточню. Во-первых, не обязательно заполнять колонки строго слева направо. Бывает, что сначала вы замечаете неприятную эмоцию - грусть, тревогу, злость и т.д., а не автоматическую мысль, которая ее вызвала. Во-вторых, помните, что работа с бланком РДМ - это умение, которое придет со временем. С первого раза у вас может не получиться выполнить все на "отлично", правильно? Но чем больше вы будете тренироваться, тем больших успехов достигнете и тем больше пользы принесет эта работа.

П: Понятно.

Т: В течение следующей недели попробуйте записывать по одной автоматической мысли ежедневно.

П: Хорошо, я попробую.

На следующей сессии терапевт выясняет, что у Салли возникла некоторая путаница в отношении ситуаций, автоматических мыслей, физиологических реакций и эмоций (см. верхнюю часть рис. 9.1), поэтому он не представляет пациентке последние две колонки бланка РДМ, вместо этого анализирует домашнее задание, выполненное пациенткой.

Т: Давайте посмотрим, что вам удалось сделать дома... Первый пример действительно удачен. Значит, во вторник вы готовились к экзамену, и у вас возникла мысль: "Я никогда не смогу все это выучить". Вы верили е нее на все 100% и испытывали грусть, интенсивность которой оценили в 95%. Если у нас останется сегодня время, мы поговорим об этой мысли подробнее. Но сейчас давайте обратим внимание на второй пример.

П: Я неправильно его оформила, да? У меня не получилось определить автоматическую мысль.

Т: Давайте посмотрим... Это вчерашняя ситуация, она произошла около пяти часов вечера. Что вы делали?

П: Я должна была готовиться к занятиям, но не могла заставить себя сосредоточиться. Я просто ходила но комнате...

Ответы автоматических мыслей

Т: О чем вы думали?

П: О занятиях по экономике. Я чувствовала, что меня вызовут, и была уверена, что не смогу хорошо ответить.

Т: Значит, у вас была мысль: "Меня вызовут отвечать, и я не смогу хорошо ответить".

П: Точно.

Т: Хорошо. Запишите это в колонке "Автоматические мысли". А насколько вы верили тогда в эту мысль?

П: Примерно на 80%.

Т: Хорошо, запишите и это... Как вы себя чувствовали из-за этой мысли?

П: Мне было тревожно. Сердце колотилось.

Т: Насколько тревожно, от 0 до 100%?

П: На80%.

Т: Запишите это в соответствующей (четвертой) колонке: тревога, 80%. А во второй колонке отметьте: "Размышления о завтрашнем уроке по экономике". Похоже, что мысли "Не могла заставить себя сосредоточиться" и "Сердце колотилось" - это проявления вашей тревоги. Вы что-нибудь подумали об этих симптомах?

П: Да. Я подумала: "Что со мной происходит?"

Т: Значит, мы выявили и вторую ситуацию. Вы заметили ускоренное сердцебиение, и у вас возникла автоматическая мысль: "Что со мной происходит?" Занесите это в таблицу.

На следующей сессии терапевт снова анализирует домашнее задание, выполненное Салли, и отмечает, что пациентка научилась заполнять первые четыре колонки бланка РДМ. Теперь одна из его целей на данной сессии состоит в том, чтобы при благоприятной возможности научить Салли использовать оставшиеся две колонки. Терапевт использует вопросы, приведенные в верхней части бланка, чтобы помочь пациентке оценить автоматические мысли, которые она выявила в ходе выполнения домашнего задания (рис. 9.2). Вначале работа проводится в устной форме.

| Дата/ время | Ситуация | Автоматические | Эмоции | Адаптивный ответ | Результат | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | мысли | | | | | | |
| | 1 . Какое конкретно событие или | 1. Какие мысли и / или представ- | 1. Что вы в тот | 1. (желательно) Какое когнитивное | 1. Насколько теперь вы | 2. Были ли у вас | 2. Насколько вы | 2. Наскол ярко бь |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | поток мыслей и/или | ления возникли у вас? | | искажение вы допустили? | убеждены в истинности | | | выраже каждая этих эмоци |
| | образов либо воспоминаний | | момент | | каждой автоматической мысли? | неприятные | были убеждены | |
| | пришли вам на ум? | | чувствовали | | | физические | в их истинности | |
| | | | (грусть, тревогу, злость и т.д.)? | | | ощущения, | в тот момент, | |
| | | | | | | и если да, то | когда они | |
| | | | | | | какие именно? | возникали? | |
| | | | | | | | | |
| Пятница, 8.03 | Думала о том, | Он на захочет | Грусть 75% | (Искажение мышления: Катастрофизация") На самом деле я не знаю, захочет он пойти или нет. 90% Он общается со мной по-дружески. 90% Самое плохое, что может случиться, эта та, что он скажет "нет" и какое- та время я буду плохо себя чувствовать. 90 % Самое хорошее, что может случиться, - он скажет "да". 100% Самый реалистичный вариант развития событий - он скажет, что очень занят, но по-прежнему будет общаться со мной по-дружески. 80% Если я и дальше буду уверена в том, что он не захочет пойти со мной в кафе, у меня с ним нет никаких шансов. 100% Я должна подойти к нему и пригласить. 50% В этап нет ничего ужасного. 75% | V | | | |
| 15:00 | не пригласить ли | пойти со мной. | | | | | | |
| | Боба на кофе. | 90% | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Вопросы для формулирования адаптивного ответа. (1) Каковы доказательства истинности этой автоматической мысли? Каковы доказательства обратного? (2) Существует ли альтернативное объяснение? (3) Что самое худшее может произойти? Смогу пи я пережить это? Какой исход самый лучший? Какой

вариант развитии событий самый реалистичный? (4) Каковы последствия моей убежденности в истинности этой автоматической мысли? Что произойдет, если я изменю свое мышление? (5) Что я могу сделать? (6) Если бы в подобной ситуации оказался ________________ (имя друга) и у него были подобные мысли, что я мог бы сказать ему?

**Рис. 9.2.** Бланк для работы с дисфункциональными автоматическими мыслями (РДМ). Copyright 1995 by Judit S. Beck, Ph. D.

Т: А теперь давайте попробуем перенести часть того, о чем мы только что говорили, в бланк РДМ. Какое когнитивное искажение вы допустили?

П: Предсказание будущего.

Т: Правильно. Можете записать это сверху в четвертой колонке, которая называется "Адаптивный ответ". Прочитайте указания по заполнению этой колонки - видите, записывать тип искажения не обязательно.

П: Вижу.

Т: Теперь с помощью вопросов, приведенных внизу рабочего бланка, попробуйте сформулировать адаптивные ответы и записать их в четвертой колонке. Это те же самые вопросы, на которые вы только что отвечали устно.

П: Да.

Т: Вначале мы разобрали доказательства, и к какому выводу вы пришли?

П: Что на самом деле я не знаю, хочет ли Боб пойти со мной погулять. И что он относится ко мне по-дружески.

Т: Отлично! Запишите эти два ответа в пятой колонке. ...Насколько вы верите в каждое из этих утверждений?

П: Довольно твердо: примерно на 90%.

Т: Очень хорошо. Запишите эту цифру около каждого утверждения. ...Затем, как вы помните, мы говорили о последствиях. Каковы наихудший, наилучший и самый реалистичный варианты развития событий? *(Пациентка продолжает записывать адаптивные ответы и степень своей веры в правдивость каждого утверждения.)* Хорошо. Теперь давайте взглянем на последнюю колонку. Насколько вы сейчас верите в свою автоматическую мысль?

П: Где-то на 50%.

Т: И как вы сейчас себя чувствуете?

П: Мне уже не так грустно. Но тревоги больше.

Т: Значит, запишите в последней колонке: "Авт. мысль" и рядом -Теперь отметьте "Грусть" и оцените степень ее интенсивности.

П: *(Выполняет это задание.)*

Т: А теперь, наверное, нам следует поискать мысль, которая заставляет вас испытывать тревогу.

Затем терапевт может предложить пациенту потренироваться в работе бланком РДМ на примере другой автоматической мысли, определить совместно с пациентом домашнее задание, включающее работу с бланком, или перейти к следующему вопросу повестки дня.

## МОТИВИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ ИСПОЛЬЗОВАТЬ БЛАНК РДМ

Некоторые пациенты с готовностью начинают применять бланк РДМ и постоянно используют его, сталкиваясь с негативными эмоциями. Другим может понадобиться примерно такой разговор с терапевтом.

Т: Салли, похоже, что наша совместная работа с бланком РДМ [на данной сессии] была ненапрасной. Интенсивность грусти у вас снизилась с 75 до 50%!

П: Да.

Т: Как вы думаете, может ли бланк РДМ пригодиться вам в дальнейшем?

П: Думаю, да.

Т: Вы уже научились оценивать свои автоматические мысли и отвечать на них. Но многие люди гораздо эффективнее выполняют эту работу в письменном виде. Что вы думаете по этому поводу?

П: Наверное, надо попробовать.

Т: Поработаете с этой методикой в качестве домашнего задания?

П: Хорошо.

Т: Знаете, когда я замечаю, что принимаю что-то очень близко к сердцу, я сам берусь за бланк РДМ. Я понял, что мне лучше выполнять эту работу письменно, а не мысленно. Но никому из нас заранее не известно, окажется ли это так же и для вас. Поэтому согласны ли вы провести эксперимент? Как минимум

один раз на следующей неделе вы должны найти адаптивный ответ на автоматическую мысль - мысленно. Обратите внимание, как изменится ваше настроение. Затем достаньте бланк РДМ и изложите все на бумаге. Снова обратите внимание, улучшится ли ваше самочувствие. Вы согласны?

П: Да.

Т: Насколько вероятно то, что вы проведете такой эксперимент?

П: Я сделаю это.

Терапевт предлагает пациентке провести эксперимент, чтобы укрепить ее мотивацию к использованию бланка РДМ. Если на следующую сессию девушка принесет правильно заполненный бланк (благодаря работе с которым ее настроение улучшилось), терапевту не нужно будет еще больше повышать се мотивацию. Если же она не заполнит бланк РДМ, сделает это неправильно или ее настроение не улучшится, терапевт попытается определить, почему возникли трудности, и будет действовать в соответствии с полученными сведениями. В некоторых случаях следует внести практические предложения.

П: Мне кажется, что на занятиях у меня появится много автоматических мыслей. Но тогда я не смогу сразу заполнить бланк...

Т: Это действительно так. А что если вы попробуете заранее предугадать типичные негативные мысли и заполнить бланк РДМ *перед* началом занятий? Или, может быть, вам стоит лишь кратко записать свои автоматические мысли, когда они возникнут во время уроков, а позднее преобразовать свои заметки в бланк РДМ. Что вам нравится больше?

П: Наверное, я попробую заполнить бланк заранее, и тогда я не стану так сильно нервничать. Но я же не ношу бланк постоянно с собой.

Т: Некоторые мои пациенты держат его в своем бумажнике или сумке. Может быть, это подойдет и вам?

П: Да. Но остается проблема - *где* мне заполнять его. Я же не хочу делать это у всех на виду.

Т: Вам придется проявить изобретательность. Можно заполнить его, сидя за своим письменным столом, или в автомобиле, или даже в ванной. Попробуйте что-нибудь придумать! А если у вас возникнут трудности или вы по-прежнему будете беспокоиться о том, чтобы ваш бланк не увидели окружающие, мы подробнее поговорим об этом в следующий раз.

Если на следующей сессии пациент снова жалуется на беспокойство, связанное с заполнением бланка РДМ, терапевт выявляет сопутствующие автоматические мысли и представления пациента. Последний может опасаться, что его заполненный бланк увидят окружающие, испытывать чувство безнадежности, нежелание прилагать усилия, необходимые для улучшения своего состояния, или другие дисфункциональные идеи, которые препятствуют эффективному использованию бланка РДМ.

## КОГДА БЛАНК РДМ НЕДОСТАТОЧНО ЭФФЕКТИВЕН

Как и с любыми другими техниками когнитивной терапии, не следует преувеличивать эффективность бланка РДМ. В какой-то момент большинство пациентов отмечают, что заполнение бланка не принесло ощутимого облегчения. Подчеркивая не только общую пользу работы с бланком, но и возможность возникновения подобных "тупиковых ситуаций" (каждую из которых можно рассматривать как шанс продолжить обучение и углубить свои навыки), терапевт предотвращает появление у пациента самообвинительных автоматических мыслей, а также негативных автоматических мыслей, касающихся терапии в целом, терапевта или работы с бланком РДМ.

В некоторых случаях пациенту следует привести объяснения, почему работа с бланком РДМ оказалась неэффективной. Как описано в предыдущей главе,

оценивание автоматических мыслей (с помощью бланка или другим способом) может быть менее эффективным, чем ожидается, в следующих случаях.

- Если пациенту пока не удается адаптивно отвечать на свои автоматические мысли.
- Если автоматические мысли пациента являются в то же время его глубинными убеждениями (или активизируют глубинное убеждение).
- Если оценивание автоматических мыслей и/или формулировка ответа на них оказались поверхностными.
- Если пациент не верит в эффективность оценивания автоматической мысли.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СПОСОБЫ ПОИСКА ОТВЕТОВ НА АВТОМАТИЧЕСКИЕ МЫСЛИ

В этой главе говорилось, что на автоматические мысли лучше отвечать в письменном виде. Однако это не касается *каждой* автоматической мысли. Некоторые пациенты (особенно страдающие обессивно-компульсивным расстройством личности) склонны переусердствовать с применением бланка РДМ, и их необходимо вовремя "переключать" на другие техники. Другие пациенты вовсе отказываются (или не могут) выполнять письменные задания. Вот альтернативные методы поиска ответов на автоматические мысли, которые не требуют письменной работы.

1. Мысленное заполнение бланка РДМ.

2. Чтение ранее заполненного бланка РДМ или записей, сделанных во время терапевтической сессии, которые содержат автоматические мысли, аналогичные тем, что присутствуют в данный момент, или схожие с ними.

3. Диктовка содержания бланка РДМ кому-нибудь или просьба прочитать ранее заполненные бланки (в случае, если пациент не может читать или писать самостоятельно).

4. Перечитывание копинг-карточек (см. главу 12, раздел "Копинг-карточки").

5. Прослушивание аудиозаписи терапевтической сессии или ее части.

Наконец, иногда вместо оценивания автоматической мысли полезнее попытаться решить конкретную проблему. Например, Салли сообщает о наличии у нее автоматической мысли "Я никогда не подготовлюсь к контрольной работе по экономике". Задавая ей осторожные наводящие вопросы терапевт делает вывод, что если Салли продолжит готовиться в том же духе она, скорее всего, действительно *не усвоит* материал в достаточной степени. В этом случае целесообразно уделить часть терапевтической сессии на помощь пациентке в решении ее реальных проблем, включая обращение с просьбой (одолжить конспект) к сокурснику или к преподавателю, конспектирование прочитанного материала, занятия вместе с подругой и т.д. Подводя итог, следует сказать, что терапевт обучает пациента *различным* способам поиска ответов на его искаженные мысли. Своевременное введение в работу бланка РДМ и доходчивое разъяснение всех нюансов, связанных с применением, повышает шансы на то, что пациент будет самостоятельно применять этот важный метод работы с автоматическими мыслями. Однако не следует забывать и о том, что существуют иные способы ответа на автоматические мысли, особенно полезные в тех случаях, когда нет возможности применить бланк РДМ.

# ГЛАВА 10 ВЫЯВЛЕНИЕ И ИЗМЕНЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ УБЕЖДЕНИЙ

Предыдущие главы были посвящены выявлению и изменению автоматических мыслей - конкретных слов или образов, которые появляются у пациента в какой-либо ситуации и вызывают дистресс. В этой главе мы рассмотрим более глубокие, зачастую нечетко выраженные, размытые идеи или представления пациента о себе, окружающих и мире в целом. На основе этих убеждений и возникают конкретные автоматические мысли. Большинство пациентов не сообщают об этих идеях перед началом терапии, но терапевт может довольно легко выявить их, с тем чтобы проанализировать.

Как подчеркивалось в главе 2, убеждения можно разделить на две категории: промежуточные (включающие отношения, правила и предположения) и глубинные (абсолютизированные, обобщенные, укоренившиеся представления пациента о себе и окружающих). Изменить промежуточные убеждения труднее, чем автоматические мысли, но все же они более гибкие, чем глубинные убеждения.

Эта глава состоит из двух частей. В первой части описана *когнитивная концептуализация* (первоначально представленная в главе 2) и показан процесс построения *диаграммы когнитивной концептуализации.* Значимость когнитивной концептуализации постоянно подчеркивается в данной книге. Это главное средство терапевта в планировании терапии, приобретении опыта в выборе подходящего вида вмешательства и преодолении "тупиковых ситуаций" (возникающих, когда стандартное терапевтическое вмешательство не приносит ожидаемого результата). Вторая часть этой главы посвящена *выявлению и изменению промежуточных убеждений* пациента. Представленные техники также используются для выявления и изменения *глубинных* убеждений, работе над которыми посвящена следующая глава.

## КОГНИТИВНАЯ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ

Прежде чем перейти к убеждениям, терапевт и пациент работают над автоматическими мыслями. Однако уже с первой сессии терапевт начинает формулировать концептуализацию данного терапевтического случая, которая логически объединяет выявленные у пациента автоматические мысли с более глубокими структурами мышления - убеждениями. В противном случае, если терапевту не удается увидеть эту более широкую картину, шансы на успех терапии понижаются. Ошибка многих начинающих терапевтов заключается в том, что они часто переключаются с обсуждения одного убеждения на другое, вместо того чтобы выявить ключевые идеи пациента и последовательно над ними работать.

Поэтому как только терапевт получит данные о типичных автоматических мыслях пациента и эмоциональных реакциях, способах поведения и/или убеждениях, ему следует начать построение диаграммы когнитивной концептуализации (рис. 10.1). С помощью диаграммы, помимо прочего, можно наглядно увидеть взаимосвязь между глубинными убеждениями, промежуточными убеждениями и текущими автоматическими мыслями пациента. Это своего рода когнитивная карта психопатологии пациента, позволяющая структурировать дальнейшие поступающие от него сведения. Стандартный бланк диаграммы когнитивной концептуализации представлен на рис. 10.1. Обратите внимание на вопросы, - подсказки терапевту для заполнения диаграммы.

Вначале терапевт может владеть информацией, позволяющей заполнить только часть диаграммы. В этом случае некоторые поля можно оставить незаполненными или же отметить в них свои *предположения*, обязательно помечая их знаком вопроса (чтобы не забыть о необходимости их проверки). Получая новые сведения о пациенте, терапевт постепенно заполняет все поля диаграммы (исправляя или подтверждая свои предположения). Стремясь показать пациенту более широкую картину его трудностей, терапевт обсуждает с ним некоторые пункты своей концептуализации, в некоторых случаях - устно, в других - строит диаграмму вместе с пациентом или же знакомит его с диаграммой, заполненной ранее. Свои собственные

предположения терапевт называет гипотезами (или догадками) и просит пациента подтвердить их или опровергнуть. В большинстве случаев суждению пациента можно доверять.

Вначале целесообразно заполнить нижнюю часть диаграммы когнитивной концептуализации. Терапевт предлагает пациенту обсудить три *типичные* ситуации, в которых тот испытывал или испытывает отрицательные эмоции. Вместе они выявляют и записывают ключевые для каждой ситуации автоматические мысли, значение этих автоматических мыслей для пациента, сопутствующие эмоции и поведение (если есть). В том случае, если по каким-то причинам терапевт не желает напрямую интересоваться значением для пациента его автоматических мыслей, он либо записывает свое предположение

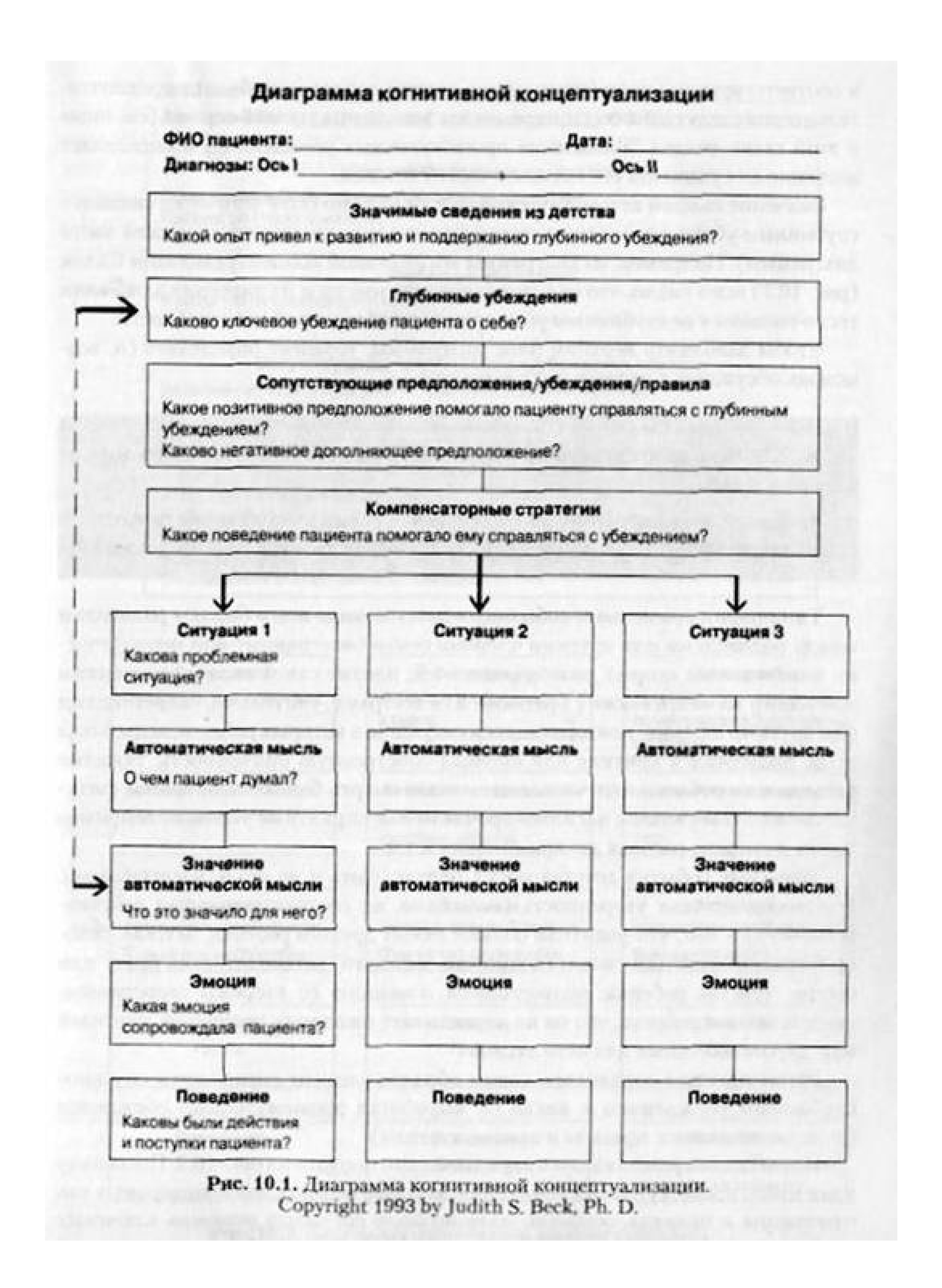



**Рис. 10.1.** Диаграмма когнитивной концептуализации.
Copyright 1993 by Judith S. Beck, Ph. D.

в соответствующем поле (помечая его знаком вопроса), либо, что предпочтительнее, на следующей сессии применяет технику падающей стрелы (см. ниже в этой главе, раздел "Выявление

промежуточных убеждений") и определяет значение для пациента его автоматических мыслей.

Значение каждой автоматической мысли должно быть логически связано с глубинным убеждением (соответствующее поле расположено в верхней части диаграммы). Например, из диаграммы когнитивной концептуализации Салли (рис. 10.2) ясно видно, что ее автоматические мысли и их значение для Салли тесно связаны с ее глубинным убеждением в собственной неспособности.

Чтобы заполнить верхний блок диаграммы, терапевт определяет (и, возможно, обсуждает с пациентом) следующее.

• Как возникло глубинное убеждение и за счет чего оно поддерживалось?

• Какой жизненный опыт (особенно детский) мог способствовать возникновению и поддержанию данного глубинного убеждения?

Типичными значимыми событиями детства чаще всего бывают размолвки между родителями или другими членами семьи (постоянные или периодически возникающие ссоры); развод родителей; плохие отношения с родителями или одним из них, а также с братьями или сестрами, учителями, сверстниками или другими людьми; повторяющиеся ситуации, в которых ребенок испытывал стыд, подвергался критике или ощущал собственную никчемность; тяжелые заболевания ребенка или членов его семьи; смерть близкого человека; физическое или сексуальное насилие; прочие неблагоприятные условия, например жизнь в нищете, расовая дискриминация и т.д.

Значимые события детства могут, однако, быть и не столь масштабными. Например, детская уверенность (возможно, не соответствовавшая действительности) в том, что родители больше любят другого ребенка; детская самокритика в отношении своего (возможно, мнимого) несоответствия брату или сестре; чувства ребенка, подвергшиеся осмеянию со стороны сверстников; представления ребенка, что он не оправдывает ожидания родителей, учителей или других значимых для него людей.

Затем терапевт определяет, каким образом пациент справляется со своим глубинным убеждением и какие он выработал промежуточные убеждения (то есть отношения, правила и предположения).

Идеи Салли представлены в иерархическом порядке на рис. 10.3. Поскольку у нее много промежуточных убеждений, которые можно классифицировать как отношения и правила, особенно полезно было составить перечень ключевых *предположений* в блоке, расположенном ниже блока "Глубинное убеждение"

## Диаграмма когнитивной концептуализации

**ФИО пациента:** *Салли* **Дата:** *22.02*

**Диагнозы: Ось I** *Эпизод глубокой депрессии* **Ось II** *отсутствуют*

**Значимые сведения из детства**

Сравнивала себя со старшим братом и сверстниками.
Критика со стороны матери.

**Глубинные убеждения**

Я ни на что не способна/никчемна

**Сопутствующие предположения/убеждения/правила**

(позитивное) Если я буду упорно трудиться, я добьюсь успеха.
(негативное) Если я не добьюсь успеха, я потерплю неудачу.

**Компенсаторные стратегии**

Использует завышенные стандарты.
Упорно трудится.
Уделяет чрезмерное внимание подготовке.
Обращает повышенное внимание на ошибки и просчеты, чтобы исправить их.
Отказывается от обращения за помощью.

| **Ситуация 1** | **Ситуация 2** | **Ситуация 3** |
|---|---|---|
| Разговор с сокурсниками. | Думала о требованиях к курсу. | Думала о том, что экзамен по математике будет очень сложным. |
| **Автоматическая мысль** Они все умнее меня. | **Автоматическая мысль** Я не смогу (написать курсовую работу). | **Автоматическая мысль** Мне не удастся сдать этот тест. |
| **Значение автоматической мысли** Я ни на что не способна. | **Значение автоматической мысли** Я ни на что не способна. | **Значение автоматической мысли** Я ни на что не способна. |
| **Эмоция** Грусть. | **Эмоция** Грусть. | **Эмоция** Грусть. |
| **Поведение** — | **Поведение** Заплакала. | **Поведение** Закрыла книгу, перестала готовиться к экзамену. |

**Рис. 10.2.** Диаграмма когнитивной концептуализации Салли. Copyright 1993 by Judith S. Beck, Ph. D.

(в этой главе вы узнаете, как помочь пациенту выразить отношение или правило в виде предположения). Например, у Салли было позитивное предположение, благодаря которому она справлялась со своим болезненным убеждением в неспособности: "Если я буду упорно трудиться, я добьюсь успеха". Как у большинства пациентов, у Салли также было и негативное предположение, по сути - обратная сторона позитивного: "Если я не буду упорно трудиться, я потерплю неудачу". Большинство пациентов, имеющих диагнозы по Оси 2, склонны действовать согласно своим позитивным предположениям до тех пор, пока не испытают психологический дистресс, - тогда активизируются их негативные предположения.

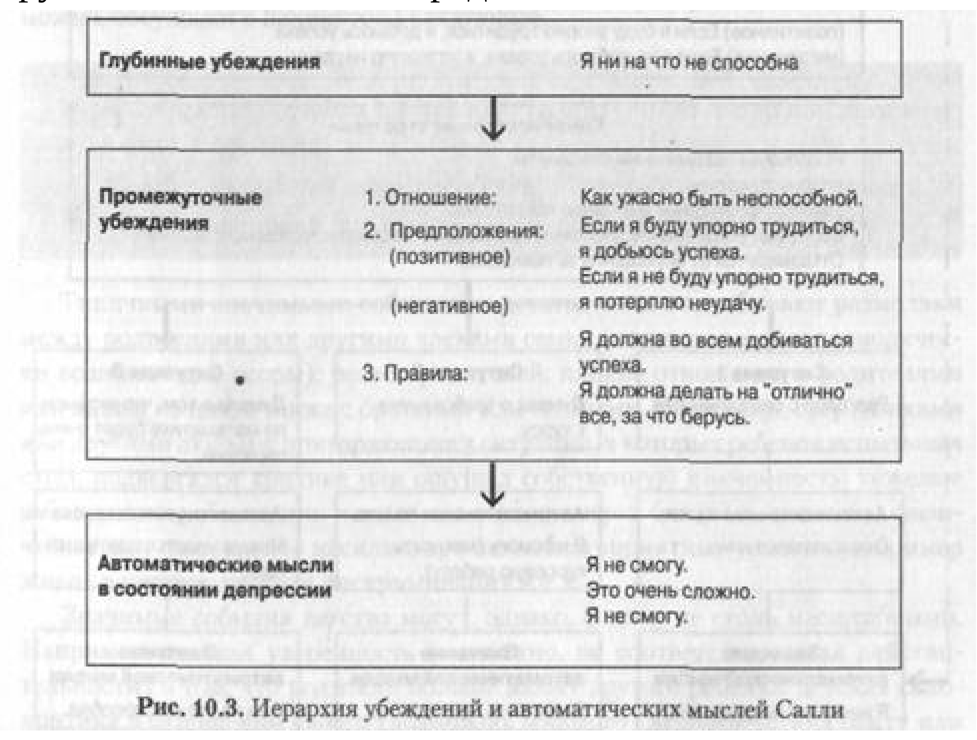


**Рис. 10.3.** Иерархия убеждений и автоматических мыслей Салли

Чтобы заполнить следующее поле диаграммы когнитивной концептуализации, "Компенсаторные стратегии", терапевт определяет, какие *поведенческие стратегии* выработал пациент, чтобы справиться с неприятным для него глубинным убеждением. Обратите внимание, что главные предположения пациента часто *связывают* его компенсаторные стратегии с глубинным убеждением: 'Если я [использую свою компенсаторную стратегию], тогда [мое глубинное убеждение не станет реальностью]. Однако если я [*не* использую свою компенсаторную стратегию], тогда [мое глубинное убеждение *может*

стать реальностью]". Салли применяла следующие компенсаторные стратегии: ставить перед

собой завышенные цели, прилагать слишком много усилий в любой работе чересчур старательно готовиться к экзаменам и выступлениям, проявлять повышенную бдительность к своим недостаткам и неудачам и не обращаться за помощью (особенно в тех ситуациях, когда, по ее мнению, просьба о помощи может открыть окружающим ее несостоятельность). Поступая подобным образом, Салли старалась защитить себя от неудачи и скрыть от окружающих свою "ущербность". Она верила, что, отказавшись от такой линии поведения непременно потерпит неудачу, а ее "неспособность" станет явной для всех окружающих.

Компенсаторные стратегии другого пациента могут оказаться прямо противоположными стратегиям Салли: отказ от настойчивости в работе, заниженные цели, недостаточная подготовка к важным событиям и чрезмерная надежда на помощь других людей. По какой причине компенсаторные стратегии бывают столь разными? Возможно, потому, что люди от природы наделены разными когнитивными и поведенческими стилями. Во взаимодействии с окружающей средой они вырабатывают разные промежуточные убеждения, которые усиливают характерные для них поведенческие стратегии. К примеру, второй, гипотетический пациент, мог из-за своего детского опыта иметь такое же глубинное убеждение в собственной неспособности, что и Салли, но справляться с ним с помощью другого набора убеждений: "Если мои цели будут незначительными, я с большей вероятностью достигну их, и даже если мне это не удастся, я меньше потеряю", "Если я не стану усердствовать [в том или ином деле] и меня постигнет неудача, ее можно будет считать результатом недостатка усилий, а не моей никчемности", "Если я буду рассчитывать только на себя, у меня ничего не получится. Поэтому лучше зависеть от других людей". Такому пациенту терапевт также может объяснить, что подобные убеждения и соответствующие компенсаторные стратегии возникли под влиянием обстоятельств его детства и наследственной предрасположенности. В любом случае следует подчеркнуть, что с помощью терапии пациент сможет отказаться от своих дисфункциональных убеждений и преодолеть пагубные поведенческие стратегии.

Обратите внимание, что иногда компенсаторные стратегии являются *мольными* и даже оптимальными способами реагирования на обстоятельства. Однако ошибка многих пациентов заключается в том, что они применяют эти компенсаторные стратегии *гораздо чаще,* чем это необходимо, и забывают о других, более функциональных способах поведения. На рис. 10.4 представлены примеры стратегий, применяемых многими пациентами для совладания с болезненными глубинными убеждениями.

Подводя итог, следует сказать следующее. Диаграмма когнитивной концептуализации должна быть понятной как терапевту, так и пациенту. Ее необходимо постоянно уточнять и исправлять по мере поступления новых сведений. Терапевт представляет диаграмму пациенту в качестве техники, позволявщей

разобраться в актуальных для него реакциях и ситуациях. Вначале рекомендуется представить пациенту только нижнюю часть диаграммы, отложив на некоторое время работу с верхней частью. Некоторые пациенты интеллектуально и эмоционально готовы к работе с верхней частью диаграммы уже на ранних этапах терапии, другим (особенно тем, которые пока не установили прочный терапевтический альянс с терапевтом или не доверяют когнитивной модели) необходимо представить ее позднее (если вообще представить). Как упоминалось ранее, всякий раз, представляя пациенту свою версию, терапевт просит пациента подтвердить, опровергнуть или уточнить его гипотезу.

**Отказ от негативных эмоций**

**Демонстрация ярких эмоций (для привлечения внимания)**

**Стремление к совершенству**

**Намеренное представление себя некомпетентным или беспомощным**

**Принятие на себя чрезмерной ответственности**

**Отказ от ответственности**

**Уход от близких отношений**

**Стремление к неподходящим близким отношениям**

**Поиск признания**

**Избегание внимания посторонних**

**Уход от конфронтации**

**Провоцирование других людей**

**Желание полностью**

**Противодействие контролю со стороны окружающих контролировать ситуацию**

**Инфантильное поведение**

**Авторитарное поведение**

**Желание угодить другим людям**

**Дистанцирование от окружающих или желание угодить лишь самому себе**

**Рис. 10.4.** Типичные компенсаторные стратегии

## ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ УБЕЖДЕНИЙ

Вот перечень главных способов выявления промежуточных убеждений пациента.

1. Распознавание убеждения, о котором пациент сообщает как об автоматической мысли.
2. Метод незаконченного предложения.
3. Непосредственное выявление правила или отношения.
4. Применение техники падающей стрелы.
5. Анализ автоматических мыслей пациента и поиск в них общих тем.
6. Анализ результатов диагностического теста на выявление убеждений, заполненного пациентом.

Ниже эти стратегии разъясняются подробнее.

**1.** Прежде всего, пациент может сообщить о своем убеждении как об автоматической мысли, особенно если он страдает депрессией.

Терапевт: Салли, о чем вы подумали, когда получили результаты контрольной работы?

Пациент: Я должна была написать ее лучше. У меня ничего не получается так, как надо. Я абсолютно никчемна *(глубинное убеждение).*

**2.** Терапевт может выявить полное предположение, предлагая пациенту первую часть предложения.

Т: Значит у вас появилась мысль: "Мне придется готовиться к занятиям всю ночь".

П: Да.

Т: И если вы не сделаете все от вас зависящее...

П: Это будет катастрофа.

Т: Кажется, мы уже касались этой темы еще в начале терапии. Не свойственно ли вам *во многих ситуациях* стремиться к абсолютному успеху и бояться неудачи?

П: Наверное, да.

Т: Тогда приведите, пожалуйста, еще несколько подобных примеров, чтобы мы увидели, насколько широко распространяется ваше убеждение.

**3.** Терапевт может напрямую выявить существующее у пациента правило или отношение.

Т: Значит, для вас очень важно добиться успеха в волонтерской работ! (в репетиторстве)?

П: Конечно.

Т: Помните, мы уже как-то говорили об этом: о стремлении добиваться успеха? Есть ли у вас правило на этот счет?

П: Гм... Я как-то не думала об этом... Но наверное, если я берусь за какое дело или мне поручают работу, я должна с ней справиться.

**4.** Когнитивный терапевт широко применяет четвертую технику выявления промежуточных (и глубинных) убеждений: *технику падающей стрелы* (Burns, 1980). Вот ее краткое описание.

• Сначала терапевт выявляет типичные автоматические мысли пациента, которые возникают на основе его дисфункционального убеждения.

• Затем терапевт просит пациента предположить, что автоматическая мысль отражает истинное положение дел, и спрашивает, что *означает* такой расклад. Обратите внимание: вопрос о том, что для пациента означает автоматическая мысль, часто помогает выявить промежуточное убеждение; вопрос о том, что эта мысль означает по отношению к самому пациенту, обычно помогает выявить глубинное убеждение.

• Эти вопросы терапевт задает пациенту до тех пор, пока не выявит одно или несколько важных убеждений.

Т: Итак, если я правильно понял, вчера поздно вечером, готовясь к занятиям, вы просматривали конспект, и у вас возникла мысль: "Мой конспект никуда не годится!" - и вы сильно огорчились.

П: Правильно.

Т: Мы пока еще не рассмотрели доказательства, чтобы определить, соответствует ли эта мысль действительности. Но я предлагаю вам определить, *почему* она огорчает вас. Для этого давайте на минуту представим, что вы *правы.* Что ваш конспект - действительно никуда не годится. Что это означало бы для вас?

П: Что я плохо работала на лекциях.

Т: А если и это тоже правда - что вы плохо работали на лекциях, - что бы это означало для вас?

П: Что я хуже всех остальных студентов.

Т: Ну а если и это правда, что вы действительно хуже всех остальных студентов, что это означало бы для вас?

П: Я ни на что не гожусь. [Я никчемна.] *(Глубинное убеждение.)*

Применение техники падающей стрелы осложняется, когда пациент в качестве ответа сообщает об эмоции, например: "Это было бы ужасно" или "Я бы сильно волновался". Как в приведенном ниже примере, терапевт мягко указывает на ошибку и побуждает пациента исправить ее. Чтобы предупредить появление негативной реакции пациента на его замечания, терапевт, прежде чем повторить свой вопрос, логически обосновывает необходимость этого, а также меняет форму вопроса.

Например.

Если это правда, что тогда?

Что плохого в том, что...?

Какова наихудшая часть того, что...?

Что это говорит о вас?

В следующем примере терапевт логически обосновывает пациенту необходимость повторения вопросов и варьирует их в ходе применения техники падающей стрелы.

Т: Мне очень важно понять, что огорчает вас больше всего. Если вы будете учиться хуже вашей соседки по комнате и друзей, что это будет означать для вас?

П: Это будет невыносимо...

Т: Значит, вы будете очень огорчены, но что в этом самое плохое?

П: Все будут меня презирать...

Т: Что это означало бы для вас?

П: Я не вынесла бы такого!

Т: Да, это было бы очень неприятно. Но все-таки, что это означало бы для вас, если бы все они вас презирали?

П: Я не знаю. Но это было бы ужасно.

Т: Говорило бы это что-нибудь *о вас*, если бы они все презирали вас?

П: Конечно. Это означало бы, что я хуже всех, ни на что не годная...

Применение техники падающей стрелы следует заканчивать, выявив важное промежуточное убеждение и/или глубинное убеждение. Критериев, на которые можно ориентироваться, два: настроение пациента резко ухудшается и/или он начинает описывать убеждение теми же самыми или похожими словами.

Т: Что это означало бы, если бы вы были хуже всех?

П: Только то, что я на самом деле хуже всех и никчемная *(глубинное убеждение).*

5. Следующий способ выявления промежуточных убеждений - поиск общих тем в автоматических мыслях пациента, возникающих в различных ситуациях. Терапевт может спросить проницательного пациента, может ли он сам обнаружить повторяющуюся тему, или же высказать собственное предположение и предложить пациенту оценить его достоверность.

Т: Салли, во многих ситуациях у вас возникают мысли: "Я не смогу", "Это очень сложно", "У меня не получится". Как вы думаете, нет ли у вас убеждения, что вы неспособная или даже никчемная?

П: Да, наверное, я считаю себя никчемной.

6. Иногда достаточно задать пациенту прямой вопрос, чтобы он выявил свое убеждение и сообщил о нем.

Т: Салли, есть ли у вас убеждение, которое касается просьб о помощи?

П: Да, просить о помощи - это показывать свою слабость.

7. Наконец, терапевт может попросить пациента выполнить тест на выявление убеждений, например Шкалу дисфункциональных установок (Wissman & Beck, 1978). Внимательный анализ результатов и тем,которые повторяются при ответах, может пролить свет на проблемные убеждения пациента. Применение таких тестов - полезное дополнение к техникам, описанным выше.

Итак, терапевт может выявить убеждения, как промежуточные, так и глубинные, следующими способами.

1. Поиск убеждения в высказанной пациентом автоматической мысли.

2. Предложение пациенту условной части (Если...) предположения и просьба закончить его.

3. Прямой вопрос о наличии у пациента правила.

4. Применение техники падающей стрелы.

5. Выявление общих тем в автоматических мыслях пациента.

6. Вопрос пациенту: что, по его мнению, представляет собой его убеждение?

7. Анализ ответов пациента на вопросы опросника, выявляющего убеждения.

## СЛЕДУЕТ ЛИ ИЗМЕНЯТЬ УБЕЖДЕНИЕ

Выявив убеждение, терапевт определяет, является оно центральным или периферическим. Чтобы терапия оказалась успешной, в большинстве случаев следует сосредоточиться на работе с самыми важными промежуточными убеждениями (Safran, Vallis, Segal & Shaw, 1986). Па работу же с убеждениями, не имеющими прямого отношения к актуальным трудностям пациента, или такими, которым он не доверяет полностью, не следует тратить много времени.

Т: Похоже, вы верите, что окружающие отвергают вас, когда вам что-то удается.

П: Думаю, да.

Т: Насколько вы доверяете данному суждению?

П: Не очень сильно, может быть, на 20%.

Т: В таком случае, нам, наверное, не стоит углубляться в эту тему. Давайте вернемся к обсуждению предыдущей.

Выявив важное промежуточное убеждение, терапевт выбирает, сообщу ли пациенту напрямую о его наличии, и если да, го представить ли это убеждение как требующее немедленной работы или как такое, работу над которым можно начать позднее. Чтобы принять решение, терапевт задает себе следующие вопросы.

• В чем заключается данное убеждение?

• Насколько твердо пациент доверяет ему?

• Если твердо, то как велико влияние этого убеждения на жизнь пациента?

• Если влияние ярко выражено, необходимо ли начинать работу над этим убеждением немедленно?

• Готов ли пациент к работе над этим убеждением? Способен ли пациент оценить это убеждение с достаточной объективностью

• Достаточно ли осталось времени на сегодняшней сессии, чтобы начать работу над этим убеждением? Можно ли совместить работу над данным убеждением с рассмотрением оставшихся пунктов повестки дня, или пациент согласится изменить график работы, чтобы выделить достаточно времени на работу с этим убеждением?

Прежде чем начинать процесс изменения убеждений пациента, необходимо убедиться в том, что его состояние несколько улучшилось и он научился выявлять и изменять собственные автоматические мысли. Убеждения некоторых пациентов довольно податливы к изменениям, а в других случаях требуются значительные усилия как со стороны терапевта, так и самого пациента. Изменение промежуточных убеждений предшествует работе с глубинными убеждениями (см. главу 11), поскольку последние могут оказаться стойкими и неподатливыми к изменениям.

## РАЗЪЯСНЕНИЕ ПАЦИЕНТАМ ПРИРОДЫ ИХ УБЕЖДЕНИЙ

Выявив важное убеждение, в достоверности которого пациент твердо уверен, терапевт может на этом примере разъяснить пациенту природу убеждений в целом. Он обращает внимание пациента на то, что убеждения *усваиваются* в процессе приобретения жизненного опыта, а не присущи человеку от природы, следовательно, их можно пересмотреть и изменить.

Т: Итак, мы выявили некоторые из ваших убеждений: "Ужасно быть посредственностью", "Я должна все делать на "отлично", "Если я не сделаю все, на что способна, я потерплю неудачу". Как вы думаете, как и когда вы усвоили эти идеи?

П: Наверное, в детстве.

Т: Каждый ли человек имеет подобные убеждения?

П: Нет, некоторым все равно...

Т: У кого из ваших знакомых другие убеждения?

П: Например, у моей кузины Эмили. Мне кажется, она согласна быть посредственностью. Она думает только о развлечениях.

Т: Значит, она усвоила другое убеждение?

П: Думаю, да.

Т: Плохо то, что теперешний ваш набор убеждений создает для вас проблемы. Но есть и хорошие новости: поскольку вы *усвоили* эти идеи, в ваших силах отказаться от них и сформировать другие - возможно, не столь экстремальные, как у Эмили, а нечто близкое к золотой середине. Что вы на это скажете?

П: Я согласна попробовать.

## ПРЕОБРАЗОВАНИЕ ПРАВИЛ И ОТНОШЕНИЙ В ФОРМУ ПРЕДПОЛОЖЕНИЙ

Чтобы помочь пациенту увидеть в промежуточном убеждении искажение и проанализировать его, терапевт стремится преобразовать убеждения, представленные в виде *правил* и *отношений,* в форму *предположений.* Для этого, выявив правило или отношение, терапевт определяет его значение для пациента, применяя технику падающей стрелы.

Т: Значит, вы твердо уверены в том, что должны все делать самостоятельно (*правило*), а обращаться за помощью - ужасно *(отношение).* Но если вы все-таки обращаетесь за помощью, например, по поводу домашнего задания, которое не можете выполнить самостоятельно, что это означает для вас?

П: Что я ни на что не способна.

Т: Насколько сильно вы доверяете сейчас этой идее: "Если я обращусь за помощью, значит, я ни на что не способна"?

Работа над этим условным предположением (включающая логическое оценивание) обычно приводит к более выраженному когнитивному диссонанс чем оценивание правила или отношения. Большинству пациентов (и Салли том числе) искажение и/или дисфункциональность легче выявить в предложении ("Если я обращусь за помощью, значит, я ни на что не способна" чем в правиле ("Я не должна обращаться за помощью").

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕИМУЩЕСТВ И НЕДОСТАТКОВ, ПРИСУЩИХ УБЕЖДЕНИЯМ

Во многих случаях с пациентом полезно обсудить преимущества и недостатки проблемного убеждения. Затем терапевт может преуменьшить ценность "достоинств", но при этом подчеркнуть и усилить ограничения данной идеи (подобный процесс описан в разделе "Вопросы для оценивания автоматически мыслей", глава 8).

Т: Какие *преимущества* дает уверенность в том, что если вы не сделаете всё зависящее от вас, то вас постигнет неудача?

П: Это заставляет меня быть более настойчивой.

Т: Неужели для того, чтобы поддерживать свою работоспособность, вам *необходимо* столь экстремальное убеждение? Мы обязательно поговорим о этом, но немного позже. Есть ли другие преимущества?

П: ...Нет, ничего не приходит на ум.

Т: Каковы *недостатки* вашей уверенности в том, что если вы не сделаете все от вас зависящее, то потерпите неудачу?

П: Я отвратительно себя чувствую, если не сдаю экзамен на "отлично» Я очень нервничаю, когда мне нужно отвечать или выступать на занятиях… У меня совершенно нет свободного времени, потому что я только и дел; занимаюсь учебой, дни и ночи напролет...

Т: Салли, это убеждение мешает вам получать удовольствие от подготовки к занятиям и экзаменам?

П: Конечно.

Т: Итак, нам неизвестно, является ли это убеждение [в том, что если сделаете все от вас зависящее, то вас постигнет неудача] единственным тором, побуждающим вас к упорной учебе. С другой стороны, из-за него

огорчаетесь, когда не выполняете что-либо на отлично, слишком беспокоитесь перед тем, как выступить на занятиях, и в целом не получаете удовольствия от учебы. Правильно?

П: Да.

Т: Тогда не стоит ли его изменить?

## ФОРМИРОВАНИЕ НОВОГО УБЕЖДЕНИЯ

Создание новых убеждений - это *совместный* процесс. Но чтобы правильно выбрать стратегию изменения старой идеи, терапевт мысленно формулирует более адаптивное убеждение. Он задает себе вопрос: "Как можно изменить убеждение пациента, чтобы сделать его более функциональным?"

Например, на рис. 10.5 представлен перечень проблемных убеждений Салли и соответствующих им новых, адаптивных идей, предложенных терапевтом.

Прежде всего, терапевт должен убедиться в том, что это ключевое убеждение, которому пациент доверяет, и мысленно сформулировать более функциональную и гибкую идею, логически *связанную* с проблемным убеждением, но способную, как полагает терапевт, принести пациенту пользу. Терапевт не навязывает новое убеждение пациенту, а с помощью сократического диалога подводит его к *созданию* альтернативной идеи. В ходе работы терапевт разъясняет пациенту природу убеждений (которые представляют собой идеи, а не являются непреложной истиной, и которые усваиваются, а следовательно, поддаются оцениванию и модификации), а также обсуждает с ним преимущества и недостатки конкретного убеждения.

## ИЗМЕНЕНИЕ УБЕЖДЕНИЙ

Ниже перечислены и раскрыты стратегии для изменения как промежуточных, так и глубинных убеждений (в следующей главе представлены техники, предназначенные для изменения исключительно глубинных убеждений). Чаще всего для этого требуется приложить немало времени и сил.

Работая с конкретным убеждением, терапевт время от времени просит пациента оценить его уверенность в справедливости данной идеи (от 0 до 100%) и на основании этого определяет, необходимо ли продолжить работу. Обычно нет ни возможности, ни необходимости снижать степень уверенности в убеждении до 0%. Таким образом, решая, когда прекратить работу с конкретной идеей, терапевт опирается на свое субъективное мнение. Если пациент доверяет своему проблемному убеждению меньше чем на 30%, проведенную работу можно считать успешной. Скорее всего, пациент продолжит процесс изменения дисфункциональной идеи самостоятельно, а со временем сумеет от нее отказаться.

| Старые убеждения Салли | Более функциональные убеждения |
|---|---|
| 1. Если я не настолько успешна, как другие люди, я неудачница. | Если я не настолько успешна, как другие люди, я не неудачница, а просто человек. |
| 2. Если я попрошу о помощи, я покажу свою слабость. | Если я в случае необходимости попрошу о помощи, я продемонстрирую свои хорошие навыки решения проблем (а это признак силы и уверенности в себе). |
| 3. Если я не добьюсь успеха на работе/в колледже, я ничего не стою как человек. | Даже если я не добьюсь успеха на работе/в колледже, это не отражает всей моей сути. (Я — не только студентка, но и друг, дочь, сестра, гражданин своей страны, член общества. Я — это не только мои успехи или неудачи, но и мои качества — доброта, отзывчивость, готовность помогать людям и т.д.) Кроме того, любая неудача — это не навсегда. |
| 4. Я должна добиваться успеха во всем, за что берусь. | Я не должна добиваться успеха, если я не талантлива в этой сфере (и, кроме того, хочу и могу потратить свое время и усилия на другие занятия). |
| 5. Я должна всегда делать все, на что способна, и во всем добиваться успеха. | Я должна стараться достичь успеха, прилагая к этому усилия в пределах здравого смысла. |
| 6. Если я не сделаю все, на что способна, я потерплю неудачу. | Если я не сделаю все, на что способна, я могу добиться успеха на 70, 80 или 90%, а не на 100%. |
| 7. Если я не буду все время упорно трудиться, я потерплю неудачу. | Если я не буду все время упорно трудиться, я, вероятно, достигну относительного успеха, и моя жизнь будет более гармоничной. |

**Рис. 10.5.** Формирование адаптивных убеждений

Для пациентов желательно в процессе терапии отслеживать и записывать выявленные убеждения. Целесообразно отмечать не только дисфункциональные убеждения, но и более функциональные, а также степень своего доверия к каждому убеждению (выраженную в процентах). Вот пример.

*Старое убеждение.* Если я не добьюсь самого лучшего результата, меня постигнет неудача. (55%)"Что если моя попытка не приведет к успеху?"

*Новое убеждение.* Я окажусь полным неудачником только в том случае, если действительно потерплю неудачу во всем, чем занимаюсь.

В качестве домашнего задания пациент ежедневно перечитывает оба убеждения и отмечает, насколько он им доверяет.

Некоторые стратегии, направленные на изменение убеждений, сходны с техниками, позволяющими изменять автоматические мысли,

однако существуют и дополнительные методы.

**1.** Сократический диалог.

**2.** Поведенческий эксперимент.

**3.** Когнитивный континуум.

**4.** Рационально-эмотивная ролевая игра.

**5.** Использование окружающих в качестве ориентира.

**6.** Действия "как если бы...".

**7.** Самораскрытие.

**Изменение убеждений с помощью сократического диалога**

Как показано в следующем примере, терапевт, чтобы исследовать убеждение Салли, применяет те же типы вопросов, что и для оценивания ее автоматических мыслей. Выявив общее убеждение, терапевт помогает Салли оценить его в контексте конкретной ситуации. Так процесс оценивания проблемной идеи становится более конкретным и достоверным и менее умозрительным.

Т: *(Резюмируя сведения, полученные с помощью техники падающей стрелы.)* Итак, вы на 90% уверены в том, что если обратитесь за помощью, значит, вы бестолковая. Это так?

П: Да.

Т: Можно ли расценить просьбу о помощи иначе?

П: Не знаю...

Т: Возьмем, к примеру, терапию. Вы бестолковая, потому что обратились за помощью ко мне?

П: Отчасти это так...

Т: Гм. Мне интересна ваша точка зрения, поскольку у меня совершенно иное мнение. Салли, может ли обращение за помощью свидетельствовать о вашей внутренней силе и уме? Ведь что могло бы произойти в противном случае, если бы вы не решились прийти сюда?

П: Наверное, у меня съехала бы крыша и я бы вылетела из колледжа за неуспеваемость...

Т: Итак, не кажется ли вам, что обратиться за соответствующей помощью при заболевании - депрессии - более разумный поступок, чем продолжать плыть по течению?

П: Да... Думаю, да.

Т: Давайте представим себе двух страдающих депрессией студентов колледжа, один из которых обращается к психотерапевту, а другой - продолжает страдать в одиночку. Кто из них более разумен?

П: Тот, который обращается за помощью.

Т: А теперь вернемся к ситуации, о которой вы рассказали раньше, - вашей волонтерской работе. Давайте опять представим себе двух студентов, не имеющих опыта репетиторства. Они оба чувствуют неуверенность. Один студент обращается за помощью, а другой - нет и продолжает бороться с трудностями самостоятельно. Который из них поступает разумнее?

П: *(Нерешительно.)* Тот, который обращается за помощью?

Т: Вы уверены?

П: *(Задумывается.)* Да. Наверное, не надо отказываться от помощи, если есть возможность улучшить таким образом свое самочувствие или добиться большего успеха...

Т: Насколько вы уверены в этом?

П: На 80%.

Т: Можно ли эти два примера - с терапией и волонтерской работой - применить к вам?

П: Да, они оба мне подходят.

Т: Запишите, пожалуйста, краткие выводы - о чем мы только что говорили... Давайте назовем ваше первое убеждение "старым". Как оно звучало?

П: Если я обращусь за помощью, значит, я бестолковая.

Т: Кажется, вы доверяли этому суждению на 90%? Отметьте эту цифру. А насколько вы уверены в нем сейчас? Больше? Меньше? Или так же?

П: Меньше. Может быть, на 40%.

Т: Значит, запишите "40%" рядом с "90%".

П: *(Записывает.)*

Т: Теперь напишите: "Новое убеждение". Можете его сформулировать?

П: *(После паузы.)* Если я обращаюсь за помощью, это не значит, что я бестолковая?

Т: Можно и так. А как насчет такой формулировки: "Если я в случае (обоснованной) необходимости обращусь за помощью, я поступлю разумно"?

П: Согласна. *(Записывает.)*

Т: Насколько вы доверяете сейчас этому новому убеждению?

П: Полностью доверяю... *(Перечитывает новое убеждение и обдумывает его).* Наверное, на 70 или 80%. *(Записывает.)*

Т: Хорошо, Салли. Позже мы вернемся к этим убеждениям. А сейчас давайте обсудим домашнее задание на следующую неделю. Я предлагаю сделать его в двух частях. Во-первых, ежедневно перечитывайте свои записи и отмечайте, насколько вы верите в каждое из убеждений, то есть указывайте проценты рядом с ними.

П: Хорошо.

Т: Чтобы определить, насколько вы доверяете каждому убеждению, вам придется над ними подумать. Просто перечитывать перечень недостаточно.

П: Хорошо. *(Записывает домашнее задание.)*

Т: И во-вторых. На следующей неделе обращайте внимание на ситуации, в которых вы *можете* обоснованно обратиться за помощью. При этом представьте, будто вы на все 100% уверены в том, что поиск помощи в случае обоснованной необходимости - признак того, что с вами все в порядке. И не забудьте описать ситуации, в которых вы можете обратиться за помощью.

П: Хорошо.

Из представленного примера видно, как терапевт, стремясь помочь Салли оценить ее промежуточное убеждение, применяет сократический диалог в контексте конкретной ситуации. Терапевт рассудил, что стандартные вопросы, направленные на выявление доказательств и оценивание последствий наличия убеждения, будут менее эффективными, и подводит Салли к тому, чтобы она сама сформулировала альтернативное убеждение. Высказывания терапевта гораздо более убедительны, но менее беспристрастны, чем в случае работы над более податливыми к изменениям когнициями, например автоматическими мыслями. Предложенное терапевтом домашнее задание стимулирует пациентку продолжить ежедневные размышления над своими дисфункциональными убеждениями и новыми адаптивными идеями.

## Проверка убеждений с помощью поведенческого эксперимента

Как и в работе с автоматическими мыслями, для оценки достоверности дисфункционального убеждения терапевт и пациент могут составить план поведенческого эксперимента (см. также главу 12, раздел "Поведенческие

эксперименты"). С помощью поведенческих экспериментов, должным образе разработанных и осуществленных, многим пациентам удается изменить проблемные убеждения успешнее, чем применяя непосредственно на сессии вербальные техники.

Т: Итак, Салли, нам удалось выявить еще одно убеждение: "Если я обращусь за помощью, меня унизят", и вы уверены в этом на 60%. Ну я-то наверняка не унижаю вас, верно?

П: Нет, конечно. Но это же ваша работа - помогать людям.

Т: Действительно, это так. И сейчас мы попробуем выяснить, похожи в это другие люди на меня или нет. Как можно определить это?

П: Наверное, попросить кого-нибудь помочь мне.

Т: К кому вы можете обратиться и по какому поводу?

П: Гм... Не знаю.

Т: Давайте составим список возможностей, и вы решите, с кем хотите проверить эту идею. Я начинаю. Может, это натолкнет вас на мысли.

П: Хорошо.

Т: Можете ли вы обратиться к своей соседке по комнате?

П: Да, я уже обращалась к ней. А еще я могу попросить о чем-нибудь коменданта общежития.

Т: Отлично! А как насчет научного руководителя?

П: Ох... Еще я могу обратиться к своему брату... Нет. Я не буду обращаться к соседке по комнате или брату. Я и так понимаю, что они не станут меня унижать.

Т: Итак, вам заранее известно, что существуют некоторые исключения;

П: Да. Но мне, наверное, надо попробовать обратиться к куратору или помощнику какого-нибудь преподавателя.

Т: О чем именно вы можете их попросить?

П: Ну, помощника преподавателя я могу попросить... помочь мне составить план курсовой работы. И подобрать литературу. Насчет коменданта общежития... я не знаю. А научный руководитель... Глупо идти к ней. Я даже не знаю, в чем хочу специализироваться.

Т: Это будет интересный эксперимент - обратиться за помощью в выборе специализации к человеку, чья работа заключается в том, чтобы помогать студентам принимать решения такого рода.

П: *(Улыбается.)* Действительно...

Т: Значит, вы можете одним выстрелом убить двух зайцев - проверить свое убеждение, что вы будете унижены, обратившись за помощью, и в то же время получить помощь в решении реальных проблем.

П: Я так и сделаю.

В приведенном примере терапевт предлагает Салли для проверки дисфункционального убеждения провести поведенческий эксперимент. Если бы он почувствовал неуверенность пациентки, он поинтересовался бы, каким образом она собирается осуществить эксперимент и какие проблемы практического характера могут ей помешать. Чтобы повысить вероятность того, что пациентка все-таки проведет эксперимент, терапевт также мог бы провести предварительное проигрывание ситуации (см. также главу 14, раздел "Анализ возможных сложностей"). Кроме того, если бы терапевт рассудил, что существует реальная вероятность того, что Салли действительно может быть унижена, он заранее обсудил бы с ней, что для нее означает подвергнуться унижению и как можно справиться с такой ситуацией, если она произошла. Также терапевт мог попросить Салли дать определение "быть униженной", чтобы убедиться в том, что ей не свойственно неправильно толковать поведение окружающих.

## Когнитивный континуум

Эта техника полезна для изменения как автоматических мыслей, так и убеждений, отражающих полярное мышление (при котором пациент видит что-либо в терминах "все или ничего"). Салли, например, была убеждена, что если она не станет лучшей студенткой, то окажется полной неудачницей. Составление *когнитивного континуума* для подобной идеи пациента помогает ему увидеть промежуточные понятия и оценки, как показано в следующем примере.

**Первоначальный график успеха**

| 0 % успеха | 90% | 100% успеха |
|---|---|---|
| Салли | Лучший студент | |

Т: Итак, где мы поместим лучшего студента?

П: Вот здесь, Думаю, 90-100% успеха.

Т: Хорошо. А вы - худшая студентка, неудачница. Значит, вас поместим возле 0%?

П: Конечно.

Т: Соответствует ли все, что ниже 90%, понятию "быть неудачником"?

П: Наверное, нет.

Т: Тогда где проходит граница?

П: Наверное, около 50%.

Т: 50%? Значит, каждый, кто опускается ниже 50%, полный неудачник?

П: Не знаю...

Т: Есть ли кто-нибудь, кого мы можем с большей степенью достоверности расположить на 0%?

П: Гм... Может быть, Джек из параллельной группы? Я знаю, что он учится еще хуже меня.

Т: Хорошо. Отметим Джека на 0%. А есть ли кто-нибудь, кто учится еще хуже?

П: Не знаю.

Т: Может быть, это тот, кто заваливает каждую контрольную работу, не выполняет правильно ни одного домашнего задания?

П: Да.

Т: А теперь давайте поместим этого воображаемого студента, действительно полного неудачника в учебе, на 0%. Тогда где мы расположим Джека? И вас саму?

П: Получается, Джека на 30%, а меня на 50%.

Т: А что вы скажете о студенте, который не только заваливает все контрольные и не выполняет заданий, но и вообще не посещает занятия? О том, кому наплевать на учебу?

П: Думаю, что *его* надо поместить на 0%.

Т: Куда поместим студента, который пытается учиться, но у него ничего не получается?

П: Наверное, на 10%.

Т: Тогда где окажется Джек, а где - вы?

П: Джек на 50%, а я на 75%.

Т: В качестве домашнего задания предлагаю определить, точна ли 75%. Даже если для вашего колледжа вы оценили себя правильно, по отношению ко всем колледжам и студентам вы можете занимать более позицию. В любом случае, справедливо ли называть полной неудачницей ту, которая достигает 75% успеха?

П: Нет.

**Исправленный график успеха/неудачи**

| 0% | 10% | 50% | 75% | 90% | 100% |
|---|---|---|---|---|---|
| Студент, который ничего не делает | Студент, который старается, но учится очень плохо | Джек | Салли | Лучший студент | |

Т: Согласитесь, Салли, самое плохое, что вы можете сказать о такой студентке, - что она на 75% успешна в учебе.

П: *(Заметно воодушевилась, улыбается.)*

Т: Теперь давайте вспомним ваше первое убеждение. Насколько вы сейчас уверены в том, что, не добившись полного успеха в учебе, вы будете неудачницей?

П: Не сильно. Где-то на 25%. Т: Отлично!

Техника когнитивного континуума с успехом применяется в работе с пациентами, которым свойственно дихотомическое (полярное) мышление. Как и с большинством других стратегий, терапевт обучает пациента самостоятельному применению этой техники, чтобы тот мог прибегнуть к ней в случае необходимости.

Т: Салли, давайте подведем итог сегодняшней работы. Мы выявили, что в мышлении вы часто допускаете ошибку - думаете в терминах "все или ничего". Затем мы построили график, чтобы увидеть, действительно ли существуют только две категории - успех и полная неудача - или правильнее говорить о *степени* успешности.

Можете ли вы привести другой пример того, что вы видите только в двух крайних категориях и что причиняет вам беспокойство?

## Рационально-эмотивная ролевая игра

Эта техника, другое название которой - вопрос-контрвопрос (Young, 1990), обычно применяется после того, как другие не привели к успеху. Она особенно полезна в том случае, когда пациент *умом* понимает, что убеждение дисфункционально, но *сердцем* в него верит. Вначале терапевт, как и всегда, логически обосновывает пациенту необходимость применения данной методики, а затем предлагает разыграть "эмоциональную" часть его представлений, поддерживающих дисфункциональное убеждение. Сначала терапевт представляет в этой

игре "рациональную" часть пациента, затем они меняются ролями. Обратите внимание, что в обеих частях ролевой игры и пациент, и терапевт, выступающий в роли пациента, используют местоимение "я".

Т: Мне кажется, вы до сих пор убеждены в своей неспособности, потому что закончили прошлый семестр хуже, чем вам того хотелось бы.

П: Да.

Т: Давайте разберемся, какие у вас есть доказательства, поддерживающие это убеждение.

П: *(Кивает).*

Т: Давайте разыграем ролевую игру. Я буду представлять вашу "рациональную" часть, то есть ум, которая понимает: оттого, что вы не получили высшие баллы по всем предметам, вы *не* являетесь неспособной во всех отношениях. А вам я предлагаю представить "эмоциональную" часть, тот внутренний голос, который по-прежнему говорит вам, что вы - *все равно* неспособная. Чтобы я разобрался, что поддерживает это ваше убеждение, поспорьте со мной от души. Вы готовы?

П: Да.

Т: Тогда начинайте. Скажите: "Я неспособная, потому что не окончила семестр на "отлично".

П: Я неспособная, потому что не окончила семестр на "отлично".

Т: Нет, это неправда. У меня есть *убеждение* в том, что я неспособная, но чаще всего я справляюсь с тем, что делаю.

П: Неправда. Если бы я справлялась, *я бы окончила* прошлый семестр *на "отлично"*.

Т: Неправда. Наличие способностей не равнозначно учебе на "отлично Если бы это было правдой, с учебой справлялись бы только 1% студентов всего мира, а остальных можно было бы расценивать как неудачников.

П: Я получила "С" (соответствует оценке "удовлетворительно". - *Примеч. ред.)* но химии, а это *доказывает*, что я ни на что не способна.

Т: Это тоже неправда. Если я завалила экзамен по химии, *возможно*, бы логичным утверждать, что я не способна понять именно химию, но предметы *в целом*. Кроме того, возможно, я способна разобраться и в химии, но завалила экзамен по другим причинам; например, у меня была депрессия, и я не могла сосредоточиться на учебе.

П: Прежде всего, по-настоящему успешный человек никогда не впал депрессию.

Т: На самом деле даже абсолютно успешные люди страдают эмоциональными расстройствами. Здесь нет никакой взаимосвязи. И когда у этих людей бывает депрессия, их способность к концентрации и мотивация ухудшаются, и они не справляются со многими делами. Но это не означает, что они ни на что не способны.

П: Наверное, это правда... Это просто депрессия...

Т: Вы правы, но вы вышли из роли. Какие еще есть доказательства того, что вы ни на что не способны?

П: *(Задумывается.)* Больше нет.

Т: А теперь давайте поменяемся ролями. Теперь вы будете "рациональной" частью, которая спорит со мной - "эмоциональной" частью. Я буду использовать те же аргументы, что и вы.

П: Согласна.

Т: Я начинаю. "Я ни на что не способна, потому что не окончила прошлый семестр на "отлично".

Обмен ролями дает пациенту возможность произнести вслух рациональные аргументы, только что сформулированные терапевтом. Терапевт при этом использует те же самые эмоциональные доводы, которые приводил пациент, и, более точно, пытается точно

воспроизвести его слова. Используя выражения пациента и избегая новых высказываний, терапевт помогает пациенту сформулировать более точные ответы на его конкретные сомнения.

Если пациенту не удается сформулировать ответ из "рациональной" роли, то либо терапевт временно меняется с ним ролями, либо они оба на время выходят из игры и обсуждают сложный момент. Как и с любой техникой, направленной на изменение убеждений, терапевт оценивает ее эффективность и необходимость дальнейшей работы над убеждением. Для этого после проведения вмешательства он просит пациента оценить степень его уверенности в справедливости данного убеждения.

Многие пациенты охотно соглашаются на эмотивно-рациональную игру. Другим эта техника не нравится. Как и с любым вмешательством, решение - использовать ее или нет - принимается совместно. Поскольку эмотивно-ролевая игра подразумевает спор между пациентом и терапевтом, необходимо следить за тем, чтобы пациент не воспринял ее как противостояние (для этого терапевт внимательно отслеживает невербальные реакции пациента на протяжении всей ролевой игры). При оценивании эмоциональной части, у пациента не должно быть ощущения, что его осуждают или унижают.

## Использование окружающих в качестве ориентира

Когда пациент *принимает в расчет* убеждения других людей, он психологически дистанцируется от своих собственных дисфункциональных убеждений. Пациент начинает видеть противоречие между тем, что он принимает за прав или считает правильным в отношении себя, и своими суждениями относительно других людей. Представляем четыре примера использования этой техники

*Пример 1*

Т: Салли, в прошлый раз, когда мы обсуждали ваше понимание успешности, вы сказали, что у вашей кузины Эмили другое убеждение.

П: Да.

Т: Расскажите в двух словах, в чем оно заключается?

П: Она не считает, что должна во всем добиваться успеха.

Т: Как вы думаете, она права?

П: О, да.

Т: Вы думаете, она ни на что не способна?

П: Нет, конечно. Она плохо учится, но в целом с ней все в порядке.

Т: А скажите, можно ли применить убеждение Эмили к вам: "Даже если я достигаю во всем успеха, я по-прежнему в порядке"?

П: Гм...

Т: Отличается ли Эмили чем-то от вас, что позволяет ей чувствовать себя порядке, даже если она не добивается успеха?

П: *(Задумывается.)* Нет, наверное. Просто раньше я не думала об этом таким образом.

Т: Насколько вы сейчас уверены в том, что если не добиваетесь в успеха, вы ни на что не способны?

П: Меньше, где-то на 60%.

Т: А насколько вы сейчас доверяете новому убеждению "Даже не достигаю во всем успеха, я по-прежнему в порядке"?

П: Больше. Может быть, на 70%.

Т: Отлично! Предлагаю вам записать это новое убеждение и состава сок поддерживающих его доказательств.

Здесь терапевт может представить бланк по работе с глубинными убеждениями (см. главу 11), который можно применять как для работы с глубинными, так и с промежуточными убеждениями.

*Пример 2*

Чтобы помочь пациенту изменить промежуточное или глубинное убеждение, терапевт предлагает ему вспомнить кого-нибудь, кто обладает таким же самым дисфункциональным убеждением. Пациент сначала распознает искажение в убеждении другого человека и затем применяет это открытие к себе самому. Эта техника перекликается с одним из вопросов бланка по работе с дисфункциональными мыслями (РДМ): "Что я мог бы посоветовать (другу), который находится в такой же ситуации?"

Т: Знаете ли вы кого-нибудь, у кого есть убеждение, подобное вашему: "Если я не буду упорно трудиться, меня постигнет неудача"?

П: Уверена, что моя школьная подруга Донна убеждена в этом, как и я. Она с утра до ночи только и делает, что учится.

Т: Как вы думаете, насколько это убеждение истинно в отношении вашей подруги?

П: Не очень-то. Она очень умная. Ее нельзя назвать неудачницей.

Т: Может быть, она полагает, будто любая оценка, помимо отличной, означает полный провал?

П: Уверена, что так оно и есть.

Т: А вы согласны с ней, что оценка "В" (соответствует оценке "хорошо". - *Примеч. ред.)* свидетельствует о ее поражении?

П: Конечно, нет.

Т: Как вы расценили бы такую ситуацию?

П: Она получила "В". Хорошая оценка, не лучшая, но определенно *не провал.*

Т: Какую идею вы могли бы предложить Донне взамен?

П: Нужно быть настойчивой и стремиться к тому, чтобы учиться на "отлично", но если это не удается - не беда. И это не означает, что ты потерпела поражение.

Т: Подходит ли эта идея вам?

П: Гм... Думаю, подходит.

Т: Сформулируйте, пожалуйста, это убеждение еще раз.

П: Даже если мне не удается учиться на "отлично", это не провал. Хотя я по-прежнему думаю, что должна упорно трудиться.

Т: Конечно. Вполне понятно и похвально стремление к этому. Однако не следует думать, что если вы не выполните что-то на "отлично", вы потерпите поражение. Вы со мной согласны?

*Пример 3*

Терапевт также может предложить пациенту разыграть ролевую игру, в которой пациент должен убедить другого человека в том, что суждение, которое они оба разделяют, необоснованно и вредно для этого воображаемого собеседника.

Т: Салли, вы говорили, что ваша соседка по комнате уверена, как и вы, в том, что ей не следует обращаться за помощью к преподавателю, потому что он может подумать, будто она не подготовилась или плохо соображает?

П: Да.

Т: Вы согласны с ней?

П: Нет. Наверное, она ошибается. Но даже если преподаватель начнет критиковать ее, он будет не прав.

Т: Давайте попробуем разыграть ролевую игру? Я буду вашей соседкой но комнате, а вы будете давать мне совет. Постарайтесь исправить мое искаженное мышление.

П: Хорошо.

Т: Я начинаю. Салли, я не разобралась в этой теме. Что мне делать?

П: Обратись к преподавателю.

Т: Ты что?! Он подумает, что я дура и что попусту отнимаю у него время.

П: Но это же его работа - консультировать студентов!

Т: Ему не понравится, что его беспокоят понапрасну.

П: Знаешь ли, это то, за что он получает зарплату! Кроме того, хороший преподаватель всегда рад помочь студентам. Если он нагрубит тебе или будет нетерпелив, это будет свидетельствовать о его качествах, а вовсе не о твоих.

Т: Но даже если он согласится помочь мне, он поймет, что я ничего не смыслю в этой теме.

П: Ничего страшного. Ты не обязана знать все. Именно поэтому ты и обратишься к нему.

Т: А если он подумает, будто я полная дура?

П: Во-первых, если бы ты была полной дурой, ты бы не пришла к нему на консультацию. Во-вторых, если он полагает, что ты должна знать все, он ошибается. Если бы ты знала все, тебе не нужно было бы учиться в колледж!

Т: Все равно мне кажется, что не надо к нему обращаться...

П: Нет, надо! Это самый разумный шаг. А ты вовсе не дура.

Т: Ну ладно. Ты меня убедила. А теперь, уже вне игры, скажите мне, Салли, не следует ли вам прислушаться к совету, который вы только что дали своей подруге?

*Пример 4*

Наконец, многие пациенты могут взглянуть на свое убеждение со стороны, используя в качестве ориентира своих детей (или предположив, что у них есть дети).

Т: Салли, значит, вы на 80% убеждены в том, что если не достигнете успеха, то потерпите полное поражение?

П: Да.

Т: Скажите, а можете ли вы представить, что у вас есть дочь? Ей десять лет, она учится в пятом классе и однажды возвращается домой очень огорченная, потому что ее подруга получила "А", а она всего лишь "С" ("А" соответствует оценке "отлично", а "С" -

"удовлетворительно". - *Примеч. ред.*). Хотели бы вы, чтобы она считала это полным провалом?

П: Конечно, нет.

Т: Объясните, почему. ...Какую идею вы хотели бы предложить ей взамен? *(Пациентка отвечает.)* Как то, что вы только что сказали, можно отнести к вам самой?

## Действия "как если бы..."

Изменения убеждений обычно влекут соответствующие изменения в поведении пациентов. В свою очередь, изменения в поведении способствуют изменениям убеждений. Если убеждение не укоренилось, пациентам зачастую удается без особого труда, даже без значительного когнитивного вмешательства, изменить соответствующее поведение. (Однако во многих других случаях для того, чтобы пациент согласился и был способен изменить свое поведение, необходима предварительная кропотливая работа с убеждениями.) Тем не менее, зачастую требуется лишь *незначительная коррекция* дисфункциональной идеи, а не полный отказ от нее. По мере изменения соответствующего поведения убеждение теряет свою силу (следовательно, пациенту легче придерживаться новой модели поведения, что еще больше ослабляет убеждение, и т.д.)

Т: Салли, насколько вы *сейчас* уверены в том, что просить о помощи - значит быть слабой?

П: Не сильно. Где-то на 50%.

Т: Это хорошо. Намного меньше, чем в начале нашей работы. А не хотите ли попробовать поступать так, будто вы вовсе не верите в эту идею?

П: Кажется, я понимаю, что вы имеете в виду.

Т: Если бы вы не верили в то, что, обращаясь за помощью, вы демонстрируете свою слабость, если бы вы верили, что обращаться за помощью - *хорошо,* что бы вы могли сделать на этой неделе?

П: Мы уже говорили о том, что мне надо было бы обратиться к помощнику преподавателя. Думаю, что если бы я действительно была уверена, что обращаться за помощью *хорошо,* я бы решилась на это.

Т: Что-нибудь еще?

П: Я бы попросила кого-нибудь из студентов помочь мне разобраться с темами по экономике... Попросила бы конспект...

Т: Неплохо. А что хорошего может произойти, если вы сделаете все это?

П: *(Улыбается.)* Я получу помощь, которая мне нужна.

Т: Как вы думаете, вы готовы действовать на следующей неделе так, будто уверены в том, что обращаться за помощью — допустимо и хорошо?

П: Может быть.

Т: Сейчас мы выясним, какие мысли могут помешать вам, но сначала, закрепите старое и новое убеждения, а также то, что вам предстоит выполнить. "Действовать так, как будто я уверена в своем новом убеждении, даже если на самом деле я не полностью уверена в нем".

Обратите внимание, что техника действия "как если бы..." применима к изменению глубинных убеждений, как и предыдущие техники, направленные на изменение промежуточных убеждений.

## Самораскрытие

Применяя в подходящий момент технику самораскрытия, терапевт помогает пациентам посмотреть на собственные проблемы и убеждения под иным углом. Самораскрытие, конечно же, должно быть искренним.

Т: Знаете, Салли, когда я учился в колледже, мне тоже было сложно обращаться к преподавателям за помощью. Я думал, как и вы, что покажу свое невежество. И, признаться, когда я делал над собой усилие и решался на этот "подвиг", результаты бывали неоднозначными. Иногда преподаватели охотно соглашались помочь. Но несколько раз со мной обошлись довольно резко и просто посоветовали перечитать главу учебника или конспект. Однако можно сделать вывод: временные трудности в учебе не свидетельствуют о полной



неспособности. И преподаватель, который повел себя грубо... Знаете, такой его поступок позволяет судить о нем, но не о студенте. Что вы думаете по этому поводу?

Подведем итог всему сказанному в этой главе. Терапевт помогает пациенту *выявить* промежуточные убеждения, распознавая убеждение, о котором пациент сообщает как об автоматической мысли, предлагая часть предположения, применяя технику падающей стрелы, находя общие темы в автоматических мыслях пациента и/или анализируя заполненный пациентом тест на выявление убеждений. Затем терапевт определяет, насколько *существенно* данное убеждение, оценивая степень уверенности в нем пациента, а также насколько сильно влияет оно на жизнь пациента. Затем терапевт решает, следует ли начать *изменение* убеждения на текущей сессии или отложить его на потом. Начиная работу по изменению убеждения, терапевт *разъясняет* пациенту природу убеждений, *переводит правила и отношения в форму предположений* и помогает оценить *преимущества и недостатки* данного убеждения. Терапевт мысленно формулирует новое, более функциональное убеждение и подводит пациента к формированию и принятию этого нового убеждения путем применения многих техник, включая сократический диалог, поведенческие эксперименты, построение когнитивного континуума, рационально-эмотивную ролевую игру, использование окружающих в качестве ориентира, поведение "как если бы..." и технику самораскрытия. Эти техники зачастую более убедительны, чем стандартный сократический диалог, используемый в работе с автоматическими мыслями. Имеет смысл применять именно их, поскольку убеждения более прочны и менее податливы изменениям, чем автоматические мысли. Эти же техники можно использовать для изменения глубинных убеждений.

# ГЛАВА 11 ГЛУБИННЫЕ УБЕЖДЕНИЯ

Как подчеркивается в главе 2, глубинные убеждения - это ключевые представления человека о себе. Некоторые авторы называют эти убеждения схемами. А. Бек (Beck, 1964) различает схемы и глубинные убеждения, полагая, что *схемы* - это когнитивные структуры сознания, включающие в себя глубинные убеждения. Он утверждает, что негативные глубинные убеждения делятся на две категории: связанные с беспомощностью и связанные с неприятием. Некоторым пациентам свойственны глубинные убеждения только одной категории, у других присутствуют глубинные убеждения обеих категорий.

Глубинные убеждения формируются в детстве, когда ребенок взаимодействует со значимыми людьми и приобретает жизненный опыт. Большую часть времени люди могут поддерживать позитивные глубинные убеждения (например, "Я контролирую ситуацию", "Я справлюсь", "Я способный", "Я привлекательный", "Меня ценят"). Негативные глубинные убеждения, как правило, актуализируются только во время переживания психологического дистресса (однако некоторые пациенты, страдающие расстройствами личности, могут находиться под непрерывным влиянием негативных глубинных убеждений). Зачастую глубинные убеждения, которые пациент принимает за "правду себе, в отличие от автоматических мыслей не осознаются и не озвучиваются им полностью до тех пор, пока терапевт не снимет много "шелухи", выясняя значение для пациента его мыслей, как показано выше на примере использования техники падающей стрелы.

Важно отметить, что у пациента могут присутствовать негативные глубинные убеждения не только в отношении себя, но и в отношении других людей и мира в целом: "Никому нельзя доверять", "Все хотят меня обидеть», «Этот мир - поганое местечко". С подобными укоренившимися, обобщенными идеями необходимо работать как же тщательно, как и с глубинными убеждение пациента в отношении себя.

Как описано выше, Салли чаще всего воспринимала себя способной и ощущала принятие со стороны близких людей. Но когда у нее началась депрессия,

активизировались "дремлющие" ранее убеждения "Я ни на что не способна", никчемна". Поскольку терапевт стремится не только улучшить состояние Салли и избавить ее от симптомов депрессии, но и предупредить возникновение рецидива в будущем, он проводит работу с этими глубинными убеждениями.

Негативные глубинные убеждения - это обобщенные, укоренившиеся и непреложные для пациента суждения, наличие которых он сам, впрочем, зачастую не осознает. Пациент с готовностью воспринимает информацию, которая утверждает активизировавшееся убеждение, но отрицает (или искажает) сведения, которые ему противоречат. Например, до начала депрессии само-восприятие Салли было реалистичным и позитивным; она вполне осознавала свои сильные и слабые стороны. Но из-за депрессии пациентка почти поверила то, что она никчемна, и игнорировала все доказательства обратного (такие как хорошая успеваемость по некоторым предметам), или преуменьшала их значимость: "Я сдала экзамен по английской литературе не потому, что способная; просто этот предмет мне легко дается". Зато она охотно воспринимала доводы в поддержку своего негативного убеждения и часто обобщала их: плохо написала контрольную по экономике, а это лишний раз доказывает, что я ни на что не способна".

В этой книге мы постоянно подчеркиваем, что с первой сессии терапевт начинает формулировать модель концептуализации пациента (включающую его глубинные убеждения). Он выполняет это мысленно или в письменной форме, но не на виду у пациента). На определенном этапе терапии терапевт излагает модель концептуализации пациенту, представляя ее как свою "гипотезу", которую необходимо подтвердить, опровергнуть или откорректировать.

Чтобы решить, когда и какими аспектами модели концептуализации деяться с пациентом, терапевт принимает во внимание следующее:

• устойчив ли терапевтический альянс;

• доверяет ли пациент когнитивной модели;

• активизировались ли во время данной терапевтической сессии глубинные убеждения пациента;

• научился ли пациент распознавать и различать компоненты своего внутреннего мира и т.д.

Итак, хотя терапевт концептуализирует глубинные убеждения пациента с самого начала терапии, он тщательно продумывает, когда и каким образом представить их пациенту, а также определяет, когда и как начинать процесс изменения этих структур. Обычно, прежде чем перейти к работе с глубинными убеждениями, терапевт обучает пациента выявлять и оценивать автоматические

мысли и промежуточные убеждения, а также формулировать на них адаптивные ответы.

Иногда у терапевта возникает искушение оценить глубинное убеждение в самом начале терапии, особенно если пациент выражает его как свою автоматическую мысль. В этом случае работа с глубинным убеждением окажется непродуктивной. Но иногда приходится определять *податливость глубинного убеждения изменениям* еще до того, как проведено достаточно работы с автоматическими мыслями и промежуточными убеждениями.

Выявить и изменить глубинные убеждения некоторых пациентов довольно просто, например, глубинные убеждения пациентов, имеющих диагнозы Оси 1, чьи позитивные глубинные убеждения-"противовесы" (которые уравновешивают негативные глубинные убеждения) были активны большую часть их жизни. С другими пациентами эта задача может оказаться крайне трудоемкой. В целом:

• глубинные убеждения легче актуализируются ("всплывают на поверх-ность"), когда пациенты испытывают значительный эмоциональный дистресс;

• намного труднее изменить негативные глубинные убеждения пациентов, страдающих расстройствами личности (Beck и др., 1990; Young, 1990). У таких пациентов наблюдается дефицит позитивных убеждений, а множество негативных глубинных убеждений, которые взаимосвязаны и поддерживают друг друга, подобны прочной сети.

Для выявления и изменения глубинных убеждений пациента терапевт на протяжении курса терапии осуществляет следующий процесс (каждый этап подробно описан далее в этой главе).

1. Во время работы над автоматическими мыслями пациента мысленно определяет, из какой категории глубинных убеждений ("беспомощность" или "неприятие") они могли возникнуть.

2. Определяет (и мысленно формулирует) глубинное убеждение пациента, применяя те же техники, что и для выявления

промежуточных убеждений (см. главу 10).

3. Представляет свою гипотезу о глубинном убеждении (убеждениях) пациенту, просит его подтвердить или опровергнуть эти предположения; уточняет свою гипотезу по мере того, как пациент предоставляет дополнительные сведения о текущих ситуациях, детских воспоминаниях и своих типичных реакциях на них.

4. Разъясняет пациенту природу глубинных убеждений в целом и выявленного глубинного убеждения в частности; помогает пациенту определить степень влияния данного глубинного убеждения на его жизнь.

5. Вместе с пациентом оценивает и изменяет глубинное убеждение:

• исследует уходящие в детство корни глубинного убеждения;

• определяет, чем оно поддерживалось и какова его взаимосвязь с текущими трудностями пациента;

• отслеживает действие глубинного убеждения в настоящем;

• помогает пациенту сформулировать новую, более адаптивную идею;

• применяет рациональные методы, чтобы ослабить старое глубинное убеждение и усилить новую идею;

• закрепляет воздействие, используя эмпирические или эмотивные техники, когда пациент больше не доверяет своему негативному глубинному убеждению "умом", но эмоционально по-прежнему остается под его влиянием.

## КАТЕГОРИИ ГЛУБИННЫХ УБЕЖДЕНИЙ

Как было отмечено выше, все глубинные убеждения можно разделить на две категории: *беспомощности* и *неприятия* (некоторые глубинные убеждения относятся одновременно к обеим). Всякий раз, когда пациент сообщает новые сведения (о своих трудностях, автоматических мыслях, эмоциях, действиях, фактах биографии), терапевт определяет категорию активизировавшихся глубинных убеждений. Например, когда Салли жалуется, что в последнее время ей очень сложно учиться (она не в состоянии сосредоточиться и боится потерпеть неудачу), терапевт предполагает наличие глубинного убеждения, относящегося к категории беспомощности. Если пациент постоянно жалуется на окружающих, которые, по его словам, не

заботятся о нем и не понимают его, у него, вероятно, присутствует глубинное убеждение из категории неприятия.

В верхней части рис. 11.1 представлены типичные глубинные убеждения категории беспомощности. Они включают как убеждения в личной беспомощности (бессилие, уязвимость, ограниченность в средствах, невозможность контролировать ситуацию, слабость, нужда), так и несоответствие окружающим в сфере достижений (провал, неудача, худший, неспособный, ни на что не годный, неудачник).

**Глубинные убеждения категории беспомощности**

Я беспомощен
Я ни на что не способен
Я бессилен
Я неуспешен
Я не контролирую ситуацию
Я никчемный
Я слаб
Я неудачник
Я уязвим
Меня не уважают; меня презирают
Я нуждаюсь е помощи и поддержке
Со мной что-то не так (в не такой, как другие)
Я в ловушке
Я недостаточно хорош (в плане достижений)

**Глубинные убеждения категории неприятия**

Меня не любит
Я ничего не стою
Я непривлекателен
Со мной что-то не так (другие люди
не любят меня)
Я нежеланный
Я недостаточно хорош (чтобы быть
любимым другими людьми)
Меня не хотят
Мне суждено принимать отказы
Обо мне не заботятся
Мне суждено быть покинутым

Я плохой

Мне суждено страдать от одиночества

Рис. 11.1. Категории глубинных убеждений. Copyright, 1995 by Judith S. Beck, Ph. D.

В нижней части рис. 11.1 перечислены типичные глубинные убеждения категории неприятия: недостойный, нежеланный, не оцененный по достоинству (скорее, не в смысле достижений, а в качестве имеющего какие-либо недостатки, которые препятствуют получению любви и заботы со стороны окружающих).

Иногда принадлежность конкретного глубинного убеждения к той или иной категории установить довольно просто, особенно когда пациент употребляет соответствующие слова и выражения, например "От меня ничего не зависит" или "Я никому не нужен". В других случаях вначале неясно, к какой категории относится активизировавшееся глубинное убеждение. Например, пациент, страдающий депрессией, утверждает: "Я недостаточно хорош".

В этом случае терапевту следует убедиться в *значении* для пациента дат идеи. Необходимо определить, верит ли пациент в то, что он недостаточно хорош, чтобы добиться уважения и признания (категория беспомощности), и. он недостаточно хорош для того, чтобы его любили (категория неприятия).

Итак, на основании того, что пациент рассказывает о своих реакция; личные жизненные ситуации (озвучивает автоматические мысли, по просьбе терапевта разъясняет их значение для себя, сообщает о сопутствующих эмоциях и поведении), терапевт мысленно формулирует гипотезу о глубинных убеждениях пациента и пытается определить, относятся они к категории беспомощности или неприятия.

## ВЫЯВЛЕНИЕ ГЛУБИННЫХ УБЕЖДЕНИЙ

Для выявления глубинных убеждений терапевт применяет те же техники, что и для выявления промежуточных убеждений (см. главу 10). Помимо применения *техники падающей стрелы*, терапевт ищет *общие темы в автоматических мыслях пациента*, обращает внимание на *глубинные убеждения, представленные в качестве автоматических мыслей*, и *непосредственно выявляет глубинные убеждения*.

Зачастую терапевт выявляет глубинные убеждения в самом начале терапии, чтобы построить модель концептуализации терапевтического случая и спланировать ход терапии. Он старается разобраться в том, что представляют собой глубинные убеждения пациента, и даже помочь ему оценить какое-либо из них в начале терапии. Столь ранний анализ неэффективен в плане работы над глубинными убеждениями, но помогает терапевту определить, насколько они сильны, каким образом влияют на жизнь пациента и податливы ли они изменениям.

Т: О чем вы думали, когда не могли закончить домашнюю работу по статистике?

П: У меня ничего не получается.

Т: И если это правда, что у вас ничего не получается, что это означает? *(техника падающей стрелы)*

П: Я безнадежна. Я абсолютно никчемна, *(глубинное убеждение)*

Т: Насколько вы убеждены в этом?

П: Полностью. На все 100%.

Т: И насколько вы никчемны, немного или очень сильно?

П: Абсолютно никчемна. Ведь я ни на что не способна.

Т: Во всем и всегда?

П: Почти.

Т: А существуют ли доказательства обратного: того, что вы *не* никчемны?

П: Нет... Нет, я не думаю.

Т: Вы, кажется, говорили, что по некоторым предметам у вас хорошая успеваемость?

П: Да, но не настолько хорошая, как мне хотелось бы...

Т: Не противоречит ли тот факт, что у вас неплохая успеваемость по некоторым предметам, вашей идее о том, что вы ни на что не способны?

П: Нет. Если бы я действительно была способна, я бы училась намного лучше.

Т: А как насчет других сфер вашей жизни - уборки в комнате, покупок, заботы о себе?..

П: Все это мне дается с большим трудом.

Т: Значит, идея о вашей никчемности распространяется и на другие аспекты вашей жизни?

П: Почти на все.

Т: Да, теперь я вижу, как сильно вы уверены в этом. Мы обязательно вернемся к этому позднее.

Здесь терапевт применяет технику падающей стрелы, чтобы выявить идею пациентки, которую он концептуализирует как глубинное убеждение. Затем он определяет, насколько сильна данная идея, велико ли ее влияние на жизнь пациентки и податлива ли она изменениям. Дальнейшую работу над данным глубинным убеждением терапевт откладывает на будущее. Обратите внимание, что он называет глубинное убеждение "идеей" (намекая на то, что это не обязательно правда) и отмечает его как тему будущего разговора.

## ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТУ ГЛУБИННЫХ УБЕЖДЕНИЙ

Рассудив, что уже собрано достаточно данных, позволяющих сформулировав достоверную гипотезу о глубинном убеждении, и убедившись в том, что пациент способен воспринимать соответствующую информацию, терапевт в порядке эксперимента представляет ему часть своей концептуализации.

Т: Салли, мы уже успели обсудить множество разных проблем - связанных с вашей учебой, с планами на лето, с волонтерской работой. И похоже, что у всех этих трудностей общий корень - ваше представление о том, что вы ни что не способны, никчемны. Это так?

П: Наверное, да.

Терапевт также может рассмотреть вместе с пациентом ряд сходных автоматических мыслей, которые возникают в различных ситуациях, и затем попросить пациента найти общую идею ("Салли, что общего во всех этих автоматических мыслях?").

С некоторыми пациентами для исследования уходящих в детство корней проблемы уже в самом начале терапии можно применить диаграмму когнитивной концептуализации (см. главу 10, рис. 10.1).

Т: Когда еще в своей жизни вы чувствовали себя ни на что не способной? Возможно, в детстве?

П: Да, очень часто. Я помню, что у меня никогда не получалось то, что легко давалось моему брату.

Т: Приведите, пожалуйста, несколько примеров.

Дополнительные факты из жизни пациента помогают терапевту лучше представить свою гипотезу о том, как возникло данное глубинное убеждение. Терапевт подробно объясняет, почему данное глубинное убеждение может не соответствовать истине или быть не полностью достоверным, даже несмотря на твердую уверенность в нем пациента в данный момент.

## РАЗЪЯСНЕНИЕ ПАЦИЕНТУ ПРИРОДЫ И ВЛИЯНИЯ ГЛУБИННЫХ УБЕЖДЕНИЙ

Пациенту необходимо предоставить следующую информацию.

• Глубинное убеждение - это всего лишь идея (которую можно исследовать и оценивать), а не непреложная истина,

• Несмотря на то, что пациент может твердо верить в свое убеждение и даже якобы "чувствовать", что оно соответствует действительности, эта идея может быть полностью или в значительной степени искаженной.

• Корни глубинных убеждений уходят в детство; в момент своего возникновения убеждение могло отражать правду, а могло и не отражать.

• Глубинные убеждения сохраняются и существуют благодаря схемам мышления пациента, когда он охотно принимает данные, подтверждающие глубинное убеждение, и в то же время не принимает в расчет доводы, противоречащие глубинному убеждению (или преуменьшает их значимость).

• Когнитивная терапия предлагает множество стратегий, позволяющих изменять негативные глубинные убеждения и формировать иной, более реалистичный взгляд на себя, окружающих и на мир в целом.

В следующем примере терапевт разъясняет Салли природу ее глубинного убеждения (ранее пациентка подтвердила представленную ей концептуализацию).

Т: Салли, по-моему это [автоматическая мысль о невозможности написать курсовую работу по экономике] нам уже знакомо. Снова на сцену выходит представление о собственной неспособности?

П: Да. Я действительно чувствую, что ни на что не способна.

Т: Тогда одно из двух: либо вы *действительно* ни на что не способны и мы должны вместе поработать над тем, чтобы ваша компетентность повысилась либо вы *убеждены* в собственной неспособности и иногда настолько в это верите, что действительно поступаете так, будто ни на что не способны. Например, никак не соберетесь сходить в библиотеку, чтобы подобрать материал для курсовой работы. Что вы скажете на это?

П: Не знаю.

Т: Почему бы не записать эти две возможности? А потом мы попробуем определить, что в большей степени соответствует истине - что вы *действительно* ни на что не способны или что только *верите* в это.

Терапевт постепенно разъясняет Салли природу глубинных убеждений, удостоверяясь в понимании ею этой информации.

Т: Представление "Я ни на что не способна" мы называем глубинным убеждением. Я хочу немного рассказать вам о глубинных убеждениях, чтобы вы поняли, почему их непросто оценивать. Прежде всего, глубинное убеждение-это идея, которая может до поры до времени "дремать" (обычно до тех пор, пока не начнется депрессия). С другой стороны, под воздействием неблагоприятных обстоятельств глубинное убеждение может активизироваться до такой степени, что ваши эмоции и поведение будут определяться исключительно им. Причем оно остается активным, даже если присутствуют доказательства обратного. Это понятно?

П: Да.

Т: Когда во время депрессии глубинное убеждение активизируется, вы легко воспринимаете доводы, подтверждающие его, но отвергаете любые противоположные. Представьте, что перед вашими глазами расположен экран. Все, что соответствует вашему представлению о собственной неспособности, проходит через экран и попадает в ваше сознание. Но информацию, которая противоречит глубинному убеждению, экран не пропускает. Поэтому вы либо вовсе замечаете ее, либо изменяете се, чтобы она прошла сквозь экран. Вы согласны с тем, что фильтруете информацию таким образом?

П: Не уверена...

Т: Давай подумаем. В последнее время какие вы получали доказательства того, что *можете быть* способной?

П: Гм... Я на "отлично" сдала экзамен по статистике.

Т: А прошло ли это доказательство сквозь ваш экран? Вы сказали себе: "Я сдала экзамен на "отлично", значит я умная и способная" или что-нибудь подобное?

П: Нет. Я подумала так: "Это был легкий экзамен. Часть тем я проходила в прошлом году, еще в школе".

Т: Вот так и *сработал* ваш экран. Вы обесценили информацию, которая противоречила глубинному убеждению "Я ни на что не способна".

П: Гм...

Т: Можете привести еще примеры? Вспомните случай, когда посторонний человек мог бы оценить ваши поступки как подтверждение вашей компетентности.

П: *(Задумывается.)* Ну, я помогла подруге помириться с ее отцом. Но это не считается, это любой мог бы сделать.

Т: Хороший пример. И опять, похоже, вы исказили информацию, которая не соответствовала представлению "Я ни на что не способна". И потом, насколько справедливо высказывание, что это мог бы сделать любой? Может быть, это еще один пример того, как вы умаляете собственную значимость?

П: Подруга очень меня благодарила и говорила, что я ей действительно помогла.

Т: Итак, подведем итог. "Я ни на что не способна" - это ваше давнее глубинное убеждение. Вы особенно доверяете ему, когда у вас депрессия. Можете повторить, как оно действует?

П: Вы объяснили, что когда я в депрессии, у меня появляется невидимый экран. Этот экран пропускает все, что подтверждает мое убеждение, и задерживает информацию, которая его опровергает.

Т: Правильно. В качестве домашнего задания на следующую неделю я предлагаю вам ежедневно отмечать, как работает ваш экран. Во-первых, записывайте ту информацию, которая подтверждает глубинное убеждение "Я ни на что не способна". Во-вторых (и это самое сложное), попытайтесь выявить и записать факты, которые другой человек мог бы оценить как противоречащие вашему глубинному убеждению. Согласны выполнить это задание?

В следующий раз терапевт объясняет Салли, почему она так твердо верит в свое глубинное убеждение и почему, несмотря на это, оно

может не отражать истины.

Т: Вы хорошо справились с домашним заданием. Теперь вы воочию убедились, что склонны воспринимать исключительно негативную информацию, которая поддерживает ваше убеждение "Я ни на что не способна". Как мы и предполагали, выявить позитивные данные, противоречащие вашему глубинному убеждению, оказалось гораздо труднее.

П: Да, мне не очень удалась эта часть задания...

Т: И сейчас вы чувствуете себя ни на что не способной?

П: *(Улыбается.)* Да, наверное.

Т: А не действует ли сейчас ваш экран? По-моему, вы обращаете больше внимания на ту часть домашнего задания, которую вам не удалось выполнить хорошо, и забываете о той части, которую сделали.

П: Наверное...

Т: Как вы думаете, к чему приводит наличие этого экрана?

П: Из-за него я не замечаю хорошего.

Т: Правильно. И что происходит с вашим представлением "Я ни на что не способна"?

П: Думаю, оно укрепляется.

Т: Именно так. Эта идея усиливается до такой степени, что вы начинаете "чувствовать", будто она соответствует истине, хотя на самом деле это не так.

П: Гм...

Т: Теперь вы понимаете, как представление о том, что вы ни на что не способны, *может* быть ложным, несмотря на то, что вы ощущаете, будто оно верно?

П: Мне кажется, умом я это понимаю, но по-прежнему *чувствую себя* ни на что не способной.

Т: Так часто бывает. На следующих сессиях мы не раз об этом поговорим. Мы поможем рациональной части вашего сознания убедить вашу "эмоциональную часть". Согласны?

П: Да.

Работу над глубинным убеждением в процессе терапии можно дополнит библиотерапией. На данном этапе терапии мы особенно рекомендуем две книги - *Prisoners of Belief (MacKay & Fanning)* и *Reinventing Your Life (Young & Klosko, 1994).*

## ИЗМЕНЕНИЕ ГЛУБИННЫХ УБЕЖДЕНИЙ И ФОРМУЛИРОВАНИЕ НОВЫХ ИДЕЙ

Выявив у пациента негативное глубинное убеждение, терапевт мысленно формулирует новую, более реалистичную и функциональную идею и подводит к ней пациента. Чтобы ослабить старое убеждение, терапевт может применить некоторые из техник, перечисленных в левой части рис. 11.2. В этой работе следует помнить, что обычно пациенту легче принять сбалансированное, относительно позитивное убеждение, чем нереалистично позитивное. Вот несколько примеров.

***Старое глубинное убеждение***

***Новая идея***

**Меня никто не любит.**

**Я довольно привлекательный человек.**

**Я плохой человек.**

**Я достойный человек, имеющий как достоинства, так и недостатки.**

**Я бессилен.**

**Есть то, что зависит только от меня.**

**Я полное ничтожество.**

**Я вполне нормальный, и у меня есть как сильные, так и слабые**

***Представленные выше техники***

***Дополнительные техники***

**Техника сократического диалога**

**Рабочий бланк для работы с глубинными убеждениями**

**Рассмотрение преимуществ и недостатков**

**Применение крайних контрастов**

**Рационально-эмотивмая ролевая игра**

**Создание метафор**

**Действия "как если бы…". Поведенческие эксперименты**

**Исследование глубинного убеждения в контрастежизненного опыта пациента**

**Когнитивный континуум**

**Реструктурирование ранних воспоминаний**

**Самораскрытие**

**Копинг-карточки (см. главу 12)**

**Рис. 11.2.** Техники, направленные на изменение глубинных убеждений

Пациенты, имеющие диагноз по Оси 1, с большой степенью вероятности могли верить в "новое" убеждение значительную часть своей жизни, и это довольно легко определить. Пациенты, имеющие диагноз по Оси 2, напротив,

могли никогда не иметь позитивного глубинного убеждения. Таким пациентам терапевт помогает *сформулировать* альтернативную позитивную идею Вот пример.

Т: Салли, мы обсудили ваше глубинное убеждение "Я ни на что не способна". Давайте подумаем, как сформулировать более рациональную идею.

П: Я способная?

Т: Неплохо. Но, возможно, вам будет легче принять такую мысль: "В целом я способная, но я всего лишь человек, и у меня есть свои слабости"? Что вам нравится больше?

П: Ваш вариант.

# БЛАНК ДЛЯ РАБОТЫ С ГЛУБИННЫМИ УБЕЖДЕНИЯМИ

Выявив давнее глубинное убеждение и сформулировав новое, терапевт может представить пациенту бланк для работы с глубинными убеждениями (РГУ). Как мы уже подчеркивали, желательно представлять бланк РГУ после того, как пациент убедится, что некоторые из его идей (автоматических мыслей) - неточны или некоторым образом искажены. Кроме того, работе над глубинными убеждениями обычно предшествует установление прочного терапевтического альянса, а также оценка и изменение автоматических мыслей. Терапевт должен убедиться, что пациент научился изменять свое дисфункциональное мышление.

Бланк РГУ состоит из двух частей: верхняя позволяет пациенту оценить свое доверие к старому глубинному убеждению и степень своей уверенности в новой, более адаптивной идее. Эту часть бланка терапевт вместе с пациентов заполняют в начале каждой сессии, после того как бланк РГУ будет представлен пациенту. Нижнюю часть бланка пациент заполняет не только на сессии, но и в качестве домашнего задания (каждый раз, когда замечает действие убеждений). Работая с нижней частью бланка, пациент переформулирует воды, которые якобы подтверждают старое убеждение.

Т: Салли, это бланк для работы с глубинными убеждениями (РГУ). С мощью вы сможете лучше организовать свою работу. Вот здесь, сверху, давайте запишем ваше глубинное убеждение "Я ни на что не способна", вы уверены в этом сейчас?

П: Наверное, на 60%.

Т: Хорошо, отметим это. Теперь посмотрите на следующие две строчки. Когда на прошлой неделе вы больше всего и меньше всего были уверены в том, что вы ни на что не способны?

П: Больше всего? Когда я начала готовиться к экзамену по статистике. Думаю, на 90%. А меньше всего... Сейчас, на 60%. (*Записывает.*)

Т: В прошлый раз мы сформулировали более адаптивную, не говоря уже о том, что более точную идею. Вы ее помните?

П: Да. "В целом я способная, но я всего лишь человек, и у меня есть свои слабости".

**Бланк для работы с глубинными убеждениями (РГУ)**

Старое глубинное убеждение: *Я ни на что не способна*

Насколько вы уверены сейчас в истинности глубинного убеждении? (0-100) 60%

Какова была ваша самая сильная уверенность в его истинности на прошлой неделе (0-100)?_90%

Какова была ваша самая слабая уверенность в его истинности на прошлой неделе (0-100)? 60%

Новое убеждение: Чаще всего я вполне способная (но я всего лишь человек).

Насколько вы уверены сейчас в истинности нового убеждений? (0-100) 50%_

**Доказательства, противоречащие старому убеждению и поддерживающие новое убеждение**

Написала хорошее сочинение по литературе.

Задала интересный вопрос на лекции по статистике.

Быстро поняла, как работать с этим рабочим бланком.

Получала "хорошо" по тесту по химии.

Собрала материал для курсовой работы по экономике.

Поняла большую часть материала главы 6 в учебнике по экономике.

Объяснила материал прошлой главы тому парню, в холле.

Смело обратилась за помощью к банковскому служащему.

**Доказательства, поддерживающие**
**старое глубинное убеждение и альтернативные объяснения**

Не разобралась в новом материале по экономике на занятии, НО эта информация для меня совершенно новая, и, вероятно, я разберусь в ней позже. В худшем случае - я действительно ничего не пойму. Но, по сути, это вина преподавателя, который плохо объяснил.

Я так и не обратилась к помощнику учителя за помощью, НО это не означает, что я несостоятельна. Я не решилась потому, что полагала, будто должна разобраться самостоятельно, и думала, что он решит, будто я просто не подготовилась.

Получила "хорошо" по сочинению, НО ведь это, в общем-то, хорошая оценка. Если бы я действительно была неспособной, я не училась бы в колледже.

Рис. 11.3. Бланк для работы с глубинными убеждениями Салли.

Т: Хорошо. Запишите эту мысль в поле "Новое убеждение". Насколько вы верите в него сейчас?

Глубинные убеждения

П: Может быть... на 50%.

Т: Салли, мы и впредь в начале каждой сессии можем вместе оценивать степень вашей уверенности в этих убеждениях. Или определяйте и отмечайте это самостоятельно, перед сессией. И еще, во время сессий я предлагаю вам держать этот листок перед собой, чтобы видеть, не связана ли тема, которую мы обсуждаем, с вашим глубинным представлением о себе: "Я ни на что не способна".

П: Ладно.

Т: Теперь давайте обратимся к нижней части бланка. Сейчас мы заполни ее вместе, а потом вы научитесь делать это самостоятельно. Если это покажете вам полезным, вы сможете добавлять записи ежедневно.

П: Хорошо.

Т: И еще. Чтобы научиться заполнять этот бланк, требуется время и практика, как и тогда, когда вы осваивали работу с дисфункциональными мыслям (бланк РДМ).

П: Понятно.

Т: Сначала мы заполним правую часть бланка: перечислим доказательства того, что вы - ни на что не способны.

П: Хорошо.

Т: Чем вы сегодня занимались? Каковы самые свежие доводы в подтверждение вашей неспособности?

П: На лекции по экономике преподаватель объяснял новую тему, а я ровным счетом ничего не поняла.

Т: Запишите это в правой части... Так... И сразу же напишите заглавными буквами "НО"... А теперь давайте подумаем, нет ли другого объяснения тому, что вы не поняли новую тему, *помимо* вашей неспособности?

П: Ну... Это была совсем новая тема... Я никогда о подобном не слышала. И этого нет в учебнике...

Т: Хорошо. Как вы думаете, сможете ли вы разобраться в этой теме, если преподаватель объяснит ее еще раз, если вы прочтете дополнительную литературу или попросите помощи у своих друзей?

П: Возможно.

Т: Хорошо. Теперь после "НО" запишите альтернативное объяснение тому, что произошло. Как вы можете его сформулировать?

П: Думаю, я могла бы сказать так: "Но эта тема была для меня совершенно незнакомой, и возможно, я разберусь в ней позже".

216

Т: Отлично, так и запишите... А теперь давайте посмотрим, удастся ли нам усилить это альтернативное объяснение. Согласны ли вы с тем, что человек, который не разобрался в новой теме, в самом худшем случае неуспешен (неспособен) в *одном* аспекте, но не *полностью* неуспешен как личность?

П: Конечно.

Т: Допускаете ли вы, что *многие* способные люди не всегда схватывают суть темы, которая преподносится им впервые?

П: Да.

Т: И котом, могло ли произошедшее свидетельствовать о *неспособности преподавателя* доступно объяснить тему?

П: Да...

Т: Чем бы вы дополнили свое альтернативное объяснение? ...Хорошо, а теперь переходим к левой части бланка. Есть ли у вас свежие, *сегодняшние* доказательства вашей способности в широком смысле? Предупреждаю, их непросто увидеть, когда действует ваш экран.

П: Ну... Я написала сочинение...

Т: Хорошо, запишите это... Что-нибудь еще?

П: *(Молчит.)*

Т: Не правда ли, вы очень быстро разобрались в том, как работать с этим бланком?

П: Угу... *(Записывает).*

Т: Согласны ли вы продолжить эту работу в качестве домашнего задания? Обратите внимание, что в утверждениях правой части бланка легче сформулировать начало, чем продолжение (альтернативное объяснение).

П: Да.

Т: Поэтому сделайте то, что у вас получится. Возможно, над созданием альтернативных объяснений и над поиском позитивных доказательств нам придется поработать вместе. Но я дам вам подсказку. Если у вас возникнут сложности с заполнением бланка,

представьте, что это задание выполняет кто-нибудь другой, например ваша соседка по комнате, и подумайте, какими могут быть ее действия. Договорились?

П: *(Кивает.)*

Т: Что еще может помешать вам выполнить это домашнее задание?

П: Ничего, я постараюсь его сделать.

Т: Хорошо.

Глубинные убеждения

Если бы у Салли на сессии возникли сложности с поиском позитивных доводов, терапевт отложил бы это домашнее задание и применил бы разные техники, чтобы научить пациентку выявлять доказательства для левой части бланка. Например, он мог бы применить *технику контраста.*

Т: Помните, вы рассказывали, как проявили твердость и настойчивость когда вас хотели оттеснить в очереди в студенческой поликлинике?

П: Я не знаю... Это такая ерунда, не стоит даже говорить.

Т: Минуточку. Если бы вы *не стали* отстаивать свои права, разве не свидетельствовало бы это о вашей неспособности?

П: Возможно...

Т: Подумайте об этом! *Все,* за что вы осуждали бы себя, если бы не сделали этого или приняли за доказательство неспособности, наверняка свидетельствует об обратном и подходит для левой колонки.

Обучать пациента выявлению позитивных доказательств для заполнения левой части бланка по работе с глубинными убеждениями можно и другими способами.

**1.** (Как показано в примере выше.) Предложить пациенту представить, будто позитивные доказательства в подобной ситуации ищет другой человек: "Салли, можете ли вы представить человека, который, по вашему мнению, очень способный во многих отношениях? Кто это может быть? Если бы ваши сегодняшние поступки совершила Донна, какие из них можно было бы назвать признаком ее успешности (способности в широком смысле)?"

**2.** Предложить пациенту подумать о доказательствах, которые мог бы привести *кто-нибудь другой,* как свидетельство его состоятельности: "Салли, есть ли человек, который знает нас очень хорошо и мнению которого вы доверяете? Что из ваших сегодняшних

поступков [этот человек) мог бы назвать доказательством вашей успешности (способности широком смысле)?" или "Салли, что я мог бы назвать свидетельство] вашей состоятельности, исходя из ваших сегодняшних поступков

**3.** Обсудить с пациентом, не обесценивает ли он какие-либо позитивные доказательства собственной успешности путем сравнения своих действий и достижений с воображаемой *негативной* моделью: " Салли, вы не согласны с тем, что написанный вами краткий отчет свидетельствует) о вашей успешности (способности и широком смысле). Но смог *на самом деле* ни на что не способный человек написать этот отчет?"

218

4. В начале каждой сессии, перед определением повестки дня, предлагать пациенту заполнить графы в верхней части рабочего бланка для работы с глубинными убеждениями (РГУ), причем глубинное убеждение, согласованное с пациентом, остается одним и тем же. Терапевт может спросить: "Что происходило, когда вы были *меньше всего* уверены в собственной неспособности? Какая это была ситуация? Можем ли мы включить что-нибудь об этом в повестку дня?" Обсуждение таких (более позитивных) ситуаций позволяет получить или укрепить доказательства, подходящие для левой части рабочего бланка.

По ходу сессии терапевт использует подходящие возможности, чтобы обсудить с пациентом целесообразность применения бланка РГУ в работе над обсуждаемой темой.

Т: Салли, подытожьте, пожалуйста, о чем мы только что говорили.

П: Я была очень огорчена, потому что меня не приняли на временную работу, о которой я мечтала. В такой ситуации кто угодно был бы разочарован, но я впала в депрессию, потому что для меня это означало, что я ни на что не способна.

Т: Хорошо. Вы понимаете, каким образом это связано с бланком РГУ?

П: Да. Это то же самое убеждение.

Т: Что вы можете записать в бланке?

П: Думаю, это подойдет к *правой* части... Я не получила работу ассистен-та в исследовательской лаборатории... но это не означает, что

я абсолютно ни на что не способна. Заявление о приеме подали много человек, некоторые из них - с гораздо большим опытом, чем я.

## Применение крайних контрастов для изменения глубинных убеждений

Иногда пациенту полезно сравнить себя с кем-нибудь другим - реальным или воображаемым человеком, - у которого качество, имеющее отношение к глубинному убеждению пациента, выражено в крайней степени. Эта техника подобна технике когнитивного континуума, описанной в главе 10.

Т: Скажите, Салли, знаете ли вы кого-нибудь из вашего колледжа, кто *действительно* ни на что не способен или, как минимум, *ведет себя* так, будто он ни на что не способен?

П: Гм... В моем общежитии есть один парень. Мне кажется, он никогда не ходит на занятия и ничего не делает. Он думает только о развлечениях. Наверное, это худший студент во всем колледже.

Т: По сравнению с ним насколько неспособны вы?

П: *(Пауза.)* Не очень-то.

Т: А если бы вы на самом деле были ни на что не способны, везде и во всем каким было бы ваше поведение?

П: ...Думаю, я бросила бы колледж, бродила бы целыми днями по городу, ничем бы не занималась... ни с кем не общалась...

Т: Это похоже на ваше реальное поведение?

П: Не очень.

Т: Итак, насколько вы точны, вешая на себя ярлык "ни на что не способна"?

П: Теперь я вижу, что это не так.

## Создание метафор

С помощью психотерапевтических метафор терапевт может представить информацию, адресованную пациенту, в символической форме. Метафоры помогают пациенту по-новому осмыслить привычные ситуации и тем самым дистанцироваться от болезненных глубинных убеждений. Так, одна пациентка была убеждена в том, что она "плохая", поскольку к ней очень плохо относилась ее мать. Терапевт предложил этой пациентке подумать над сказкой о Золушке,

где злая мачеха издевается над бедной девушкой, которая ни в чем не виновата и отнюдь не "плохая" [6].

## Исследование глубинного убеждения в контексте жизненного опыта пациента

Зачастую полезно разобраться, как возникло то или иное убеждение и за счет чего оно существовало на протяжении долгого времени (Young, 1990). Терапевт помогает пациенту найти доказательства (начиная с самых ранних, детских), которые якобы подтверждают глубинное убеждение, и сформулировать альтернативные объяснения, а также продумать доводы, которые ему противоречат. Эта работа проводится с помощью бланка РГУ (или других техник только после того, как пациент осознал действие своего глубинного убежден *в настоящем* и приступил к работе над ним.

Глубинное убеждение-"мишень" не обязательно должно быть активным. Однако части пациентов не удается получить доступ к некоторым своим важным воспоминаниям, если они не вовлечены в глубинное убеждение эмоционально.

Вначале терапевт, как и всегда, дает пациенту логическое обоснование.

Т: Салли, я предлагаю разобраться в том, откуда у вас возникло представление, что вы ни на что не способны.

П: Согласна.

Т: Достаньте, пожалуйста, бланк РГУ, он пригодится нам в этой работе. Вспомните какой-нибудь эпизод из вашего детства, когда что-нибудь или кто-нибудь заставил вас поверить в то, что вы - в тот момент - неспособная. Скажем, еще в дошкольном возрасте?

П: Я ходила в детский сад... Помню, что я сделала что-то не так, какое-то задание... и воспитательница кричала на меня... Я плакала, очень сильно плакала...

Т: Может быть, вы долго не могли закончить то задание?

П: Наверное.

Т: И тогда, в тот момент, вы чувствовали себя ни на что не способной?

П: Угу...

Т: Хорошо, запишите это в правой части бланка. Альтернативное объяснение мы сформулируем позже... Что еще?

П: Однажды мы всей семьей пошли в парк, чтобы покататься на велосипедах. У всех детей получилось, а у меня - нет.

Пациент продолжает выполнять этот первый этап исследования его истории (вспоминания и записывая в бланк РГУ эпизоды из прошлого, которые могут иметь отношение к глубинному убеждению), либо терапевт предлагает ему закончить эту работу в качестве домашнего задания. Рекомендуется соблюдать последовательность: сначала обратиться к дошкольному возрасту, потом к начальной школе, средней, старшей школе, колледжу и т.д. Второй этап исследования глубинного убеждения предполагает поиск и внесение в бланк доказательств, подтверждающих новое, позитивное убеждение *для каждого периода времени.* Оживив в памяти более приятные, позитивные эпизоды, пациент будет готов к осуществлению третьего этапа: поиску альтернативных объяснений для каждой части негативного доказательства. Наконец, четвертый этап заключается в том, что пациент подводит итог каждого рассмотренного периода жизни, например, следующим образом.

*Учеба в старшей школе* - я во многом достигла успеха, начиная от спортивных достижений и хорошей успеваемости и заканчивая множеством домашних обязанностей. Да, я не получала все "А" (соответствует оценке "отлично". - *Примеч. ред.),* и не все мне удавалось так, как хотелось бы, и иногда я *ощущала* себя ни на что не способной, но в целом я была вполне успешной.

## Реструктурирование ранних воспоминаний

Для изменения глубинных убеждений большинству пациентов, имеющих диагнозы по Оси 1, достаточно применения "рациональных" или "интеллектуальных" техник, которые были представлены выше. Но в ряде случаев необходимы особые, "эмоциональные" или экспериментальные техники, активизирующие их чувства. Одна из таких техник - *ролевая игра,* то есть моделирование определенных событий или взаимоотношений с целью помочь пациенту переосмыслить травмирующий опыт. В следующем примере терапевт побуждает пациентку пересмотреть значение раннего события, которое имеет отношение к текущей травмирующей ситуации.

Т: Салли, вы, кажется, очень огорчены?

П: Да. *(Плачет.)* ...Я получила результаты контрольной работы. У меня "С" (соответствует оценке "удовлетворительно". - *Примеч. ред.).* У меня ничего не получается...

Т: Вы чувствуете себя ни на что не способной?

П: Да, совсем никчемной.

Т: *(Усиливает ее ощущения, чтобы вызвать воспоминания.)* Где в вашем теле вы ощущаете это огорчение и никчемность?

П: За глазами. И еще - как тяжесть на плечах.

Т: Когда вы впервые чувствовали себя так, еще будучи ребенком?

П: *(Пауза.)* Когда мне было шесть лет. Я впервые принесла домой школьный табель и очень боялась, потому что не все оценки были хорошими. Мо отец был вполне доволен, а мама ужасно разозлилась.

Т: И что она сказала?

П: Она закричала: "Салли, ну что мне с тобой делать?! Что это за табель ?!"

Т: Что вы ей ответили?

П: Не думаю, что вообще что-то ответила... Но это разозлило ее еще больше. Она все повторяла: "Да что из тебя выйдет с такими оценками?! Посмотри на

своего брата. Его все хвалят. Почему же ты такая бестолковая? Мне стыдно за тебя".

Т: Вам, наверное, было очень плохо.

П: Да уж.

Т: Как вы думаете, реакция вашей мамы была адекватной?

П: Нет... Думаю, нет...

Т: А вы сами когда-нибудь сможете сказать нечто подобное своему ребенку?

П: Нет, никогда.

Т: А что бы вы сказали, если бы у вас была шестилетняя дочь, которая принесла домой такой табель?

П: Гм... Я бы сказала то, что тогда сказал мне папа: "Все нормально. Не огорчайся. Я тоже учился далеко не блестяще, но, как видишь, в жизни кое-чего достиг".

Т: Неплохо. Но как вы думаете, почему ваша мама ругала вас?

П: Понятия не имею.

Т: Из того, что вы рассказывали мне раньше, я могу предположить, что ей казалось, будто из-за плохой учебы ее детей окружающие начнут ее презирать.

П: Наверное, это правда. Она всегда хвасталась успехами моего брата перед своими друзьями. И всегда старалась быть не хуже других.

Т: Давайте разыграем ролевую игру. Я буду представлять вас в возрасте шести лет. Вы сыграете свою маму. Постарайтесь посмотреть на ситуацию ее глазами, насколько это возможно для вас. Я начинаю... Мама, вот мой табель.

П: Салли, ну что мне с тобой делать?! Что это за табель?!

Т: Мама, но мне только шесть лет. Мои оценки, конечно, не такие хорошие, как у Роберта, но, по-моему, ничего страшного.

П: Если так пойдет и дальше, из тебя ничего не выйдет!

Т: Это глупо, мама. Мне всего лишь шесть лет.

П: Но в следующем году тебе будет семь, потом восемь...

Т: Мама, ничего ужасного не произошло. Зачем ты делаешь из мухи слона? Ты заставляешь меня чувствовать, что я абсолютно ни на что не способна. Ты этого добиваешься?

П: Нет, конечно. Я не хочу, чтобы ты так думала. Это неправда. Я просто хочу, чтобы ты лучше училась.

Т: Все, игра закончена... Что вы скажете?

П: Я на самом деле не была бестолковой. Все было нормально. Мама кричала на меня, потому что боялась, что *ее* начнут осуждать. *(Хотя в глазах Салли еще стоят слезы, она улыбается.)*

Т: Насколько вы верите сейчас тому, что только что произнесли?

П: Очень сильно. На 80%.

Т: А давайте еще раз разыграем эту ролевую игру, но поменяемся ролями. Посмотрим, как шестилетняя Салли сумеет поговорить со своей мамой на этот раз.

После обмена ролями и повторного проведения ролевой игры терапевт просит Салли подытожить, чему она научилась и как можно применить эти новые знания к текущей ситуации, которая так огорчила ее ("С" по контрольной работе).

Существует другая техника, в которой для реструктурирования ранних воспоминаний используется сила воображения (Edwards, 1989; Layden и др., 1993). Эта техника гештальт - терапии была адаптирована к когнитивной терапии специально для изменения глубинных убеждений и чаще применяется для лечения пациентов, страдающих расстройствами личности, а не тех, кто имеет диагноз по Оси 1. Как и в предыдущих примерах, терапевт побуждает пациента вновь пережить раннее травмирующее событие, которое, как предполагает терапевт, способствовало возникновению, закреплению или существованию глубинного убеждения. Вот краткое описание данного процесса (ниже каждый этап рассматривается подробно).

1. Терапевт выявляет конкретную ситуацию, которая вызывает у пациента негативные переживания, что, вероятно, обусловлено наличием важного глубинного убеждения.

2. Терапевт усиливает эмоциональные реакции пациента, обращая его внимание на сопутствующие автоматические мысли, чувства и физические ощущения.

3. Терапевт помогает пациенту восстановить в памяти и вновь пережить опыт раннего события, связанный с возникновением глубинного убеждения.

4. Терапевт обращается к "более молодой" или "детской" части пациента, чтобы определить эмоции, автоматические мысли и убеждения.

5. Применяя техники воображения, сократический диалог и/или ролевую игру, терапевт помогает пациенту переосмыслить ранний опыт.

В данном примере Салли сообщает о травмирующем событии минувшего дня, когда ей показалось, будто сокурсники се осуждают.

Т: Можете ли вы представить эту ситуацию так, будто она происходит опять? Вы все сидите вокруг стола...

(Начиная описывать травмирующий эпизод, терапевт использует слона Салли.)

П: ...Пэгги говорит: "Салли, твоя часть работы никуда не годится. Она очень неполная, и тебе придется расширить ее". И мне становится так плохо, так грустно... [Я думаю:] "Я подвела всю группу. Я такая бестолковая. Я неудачница. У меня ничего не получается. Меня вы гонят из колледжа..."

Т: Сейчас вам тоже грустно?

П: *(Кивает.)*

Т: Где вы ощущаете эту грусть в своем теле?

П: За глазами.

Т: А где еще? Где живет ваша грусть?

П: В груди... и в желудке. Там - тяжесть.

Т: Сосредоточьтесь, пожалуйста, на этом физическом ощущении тяжести. Бы действительно чувствуете тяжесть в желудке, в груди, за глазами?

П: *(Кивает.)*

Т: Хорошо, просто следите за этими ощущениями за глазами, в груди, в желудке... *(Ждет 10 секунд.)* Салли, а вы помните, когда вы чувствовали подобную тяжесть раньше, будучи ребенком? Когда вы ощутили эту тяжесть *впервые?*

Далее мы приводим пример, из которого видно, как терапевт побуждает Салли вновь пережить травмирующий опыт и беседует с "детской" частью пациентки, чтобы выяснить, что она вынесла из давней травмирующей ситуации. Обратите внимание, что терапевт постоянно усиливает эмоциональную "включенность" пациентки в эксперимент, побуждая ее вести свой рассказ в настоящем времени.

П: ...Моя мама. Мама кричит на меня.

Т: Сколько вам лет, Салли?

П: Около шести.

Т: Где вы находитесь? Опишите это место как можно подробнее.

П: Я дома. Делаю домашнее задание. Мне надо заполнить какие-то бланки с заданиями... Кажется, надо подчеркнуть долгие и краткие гласные. У меня не получается. Я не знаю, что мне делать. Я пропустила несколько занятий.

И теперь ничего не понимаю.

Т: Что происходит дальше?

П: На кухню, где я сижу, заходит мама:" Иди спать, Салли". - "Я не могу, - отвечаю я. - Мне надо закончить домашнее задание".

Т: И?

П: Она говорит: "Да сколько же можно? Я тебе полчала назад говорила, что пора в кровать!"

Т: Что вы отвечаете?

П: "Но я должна закончить это задание!"

Т: И?

П: Она говорит: "Что с тобой происходит? Почему ты столько сидишь над таким простым заданием? Это же так просто! Ты что, полная дура? Вес, мне это надоело! Сейчас же март в кровать!"

Т: И что потом?

П: Я бегу в свою комнату.

Т: И потом...

П: Я не знаю... Наверное, ложусь спать. *(Выглядит крайне подавленной.)*

Т: А где во всем этом наихудший момент?

П: Когда она кричит на меня.

Т: Вернитесь в него. Где вы сейчас находитесь?

П: Я сижу за кухонным столом.

Т: И пытаетесь сделать домашнее задание? И не знаете, что вам делать?

П: Да.

Т: И в комнату входит ваша мама? Как она выглядит? Где она?

П: Она высокая. Склонилась надо мной. Очень сердитая.

Т: Какие признаки того, что она сердитая?

П: *(Глаза начинают наполняться слезами.)* У нее перекошенное от злости лицо. Она вся напряжена...

Т: И она говорит... П: "Иди спать, Салли". Т: Продолжайте.

П: "Мама, я не могу. Мне надо закончить домашнее задание". - "Что с тобой происходит? Почему ты столько сидишь над таким простым заданием.

Это же так легко! Ты что, полная дура? Все, мне это надоело! Сейчас же марш в кровать!" *(Всхлипывает.)*

Т: *(Очень мягко.)* Шестилетняя Салли, как ты себя чувствуешь?

П: Мне грустно. *(Плачет.)*

Т: Действительно грустно?

П: *(Кивает.)*

Т: *(Мягко.)* Шестилетняя Салли, о чем ты сейчас думаешь?

П: Я *дура.* У меля ничего не получается.

Т: Насколько ты веришь в это?

П: Абсолютно уверена в этом.

Т: Какие еще у тебя есть мысли?

П: Я никогда не разберусь в этом задании.

Обратите внимание, что усиление эмоциональной реакции пациентки на воссоздаваемую ситуацию - признак, свидетельствующий о том, что эта тема для нее значима. Далее терапевт помогает Салли переосмыслить травмирующий опыт.

Т: Шестилетняя Салли, давай попробуем посмотреть на эту ситуацию по-другому. Как ты думаешь, что может помочь? Может быть, ты хочешь пойти к маме и объяснить ей, почему тебе сложно? Или, может быть, ты хочешь, чтобы кто-нибудь объяснил *тебе,* что происходит? Может быть, попросим сделать это 18-летнюю Салли? Или другого человека? Как мы можем помочь тебе взглянуть на все это иначе, шестилетняя Салли?

П: Я не хочу разговаривать с мамой. Она только и знает, что кричать на меня.

Т: Хочешь, чтобы с тобой поговорила 18-летняя Салли?

П: Да.

Т: Хорошо. Тогда представь, пожалуйста, что твоя мама выходит из кухни, а входит 18-летняя Салли. Где ты хочешь, чтобы она находилась?

П: Рядом со мной. Т; Совсем рядом?

П: *(Кивает.)*

Т: Хорошо. А теперь пусть они поговорят - шестилетняя Салли и 18-летняя Салли. Пусть старшая Салли спросит, что произошло.

П: "Что произошло?" - "Я чувствую себя дурой. Я ни на что не способна".

Т: Что отвечает старшая Салли?

П: "Ты вовсе не дура. Это домашнее задание действительно сложное тебя. Ты не виновата".

Т: Что отвечает шестилетняя Салли?

П: "Но я должна была его выполнить".

Т: Продолжайте, теперь говорит старшая Салли.

П: "Нет, это неправда. Ты не должна была его выполнить. Ты же пропустила несколько уроков. И это совершенно новая для тебя тема. На самом деле здесь вина вашей учительницы - в том, что она дала тебе слишком сложное задание".

Т: Верит ли этим словам шестилетняя Салли?

П: Немного.

Т: О чем хочет спросить шестилетняя Салли?

П: "Почему мне так сложно учиться? Почему у меня ничего не получается как надо?"

Т: Что отвечает старшая Салли?

П: "Тебе многое удается. У тебя хорошие оценки по математике, ты учишься играть в бейсбол и умеешь полностью сама одеваться..."

Т: Что думает шестилетняя Салли?

П: "Я и в бейсбол плохо играю. У Роберта получается намного лучше...".

Т: Что на это говорит старшая Салли?

П: "Послушай, он *действительно* играет в бейсбол лучше тебя, но он *старше*. Когда ему было шесть лет, он играл так же, как и ты сейчас. А ты, когда подрастешь, тоже будешь играть лучше".

Т: Как сейчас чувствует себя шестилетняя Салли?

Когда пациент сообщает о том, что его "юная" часть чувствует себя гораздо лучше, терапевт завершает это упражнение ("Что еще шестилетняя Салли хочет спросить у 18-летней Салли?"). В том же случае, когда пациент утверждает, что он по-прежнему очень огорчен, терапевт применяет другую тактику. Например.

Т: А теперь я немного поговорю с шестилетней Салли. Шестилетняя Салли, тебе по-прежнему очень грустно. Почему ты *все еще* думаешь, что у тебя ничего не получается?

П: *(Задумывается.)* Мама. Она так говорит. Она права.

Т: Не хочешь ли попробовать поговорить с ней?

П: *(Неохотно.)* Не уверена...

Т: Как насчет ролевой игры? Шестилетняя Салли, ты сыграешь свою маму. Я сыграю тебя. Ты начинаешь. Представь, что ты заходишь на кухню и видишь меня, сидящую за столом. Я делаю домашнее задание.

П: Хорошо... Иди спать, Салли. Немедленно!

Т: Но, мама, я не могу, мне надо закончить домашнее задание.

П: Что с тобой происходит? Почему ты столько сидишь над таким простым заданием? Это же так легко! Ты что, полная дура?

Т: Нет, мама. Это вина учительницы. Это задание очень сложное для меня.

П: Если это очень сложно, то ты сама и виновата!

Т: Нет, мама. Это неправда. Неужели ты на самом деле думаешь, что я дура? Неужели ты хочешь, чтобы я росла с мыслью, что со мной что-то не так? И что у меня никогда ничего не получается?

П: *(Пауза.)* Нет... нет. Я не думаю, что ты дура. Я не хочу, чтобы ты росла с такой мыслью.

Т: Тогда почему ты называешь меня дурой, если это неправда?

П: Я не должна была так говорить. Это неправда.

Т: Но почему ты указала это?

П: *(Пауза.)* Я не знаю. Я просто не сдержалась. Я хотела, чтобы ты поскорее легла спать, а я наконец немного отдохнула.

Т: Ты имеешь в виду, что на самом деле не считаешь меня дурой?
П: Нет... нет. Ты не дура.

Т: Но есть столько всего, что у меня не получается... Я плохо читаю. Я не умею ездить на двухколесном велосипеде. А Роберт умеет...

П: Но он старше. Когда-нибудь и ты научишься.

Т: Но ты так часто кричишь на меня, когда у меня что-то не получается. Ты кричала на меня сегодня из-за этого домашнего задания. Ты всегда кричишь па меня, если я плохо убрала в комнате или плохо вымыла посуду. Или получила плохие оценки...

П: Потому что я ожидаю от тебя лучшего. Наверное, очень многого... Но я должна так делать, чтобы ты старалась. Иначе, если я не буду побуждать тебя к успехам, как ты научишься всему этому?

Т: Мама, но из-за твоего поведения я начинаю верить, что ни на что не способна. Ты хочешь, чтобы я росла с таким убеждением?

П: Нет, конечно.

Т: Какое убеждение ты *хотела бы* дать мне?

П: Что ты умная и способная, что у тебя получится все, к чему ты стремишься.

Т: А ты веришь в это, мама? В то, что я умная и у меня все получится?

П: Конечно, верю. Прости меня.

Т: Хорошо, прервем ролевую игру. Как вы себя чувствуете?

П: Лучше.

Т: Давайте снова вернемся в ролевую игру. Теперь вы сыграете шестилетнюю Салли, которая сидит за кухонным столом и пытается выполнить домашнее задание. Обратите особое внимание на то, как она себя чувствует и о чем думает. Начинаем. Я - мама, я вхожу на кухню и говорю: "Иди спать, Салли. Немедленно!"

Салли и терапевт продолжают ролевую игру, чтобы в воображаемом разговоре с мамой Салли действовала с учетом новых идей и выводов. В конце терапевт просит девушку записать старое убеждение, которое активизировалось в этом воспоминании, а также новую идею, и оценить, насколько она доверяет каждому из них. Затем они обсуждают текущую травмирующую ситуацию с Пэгги, о которой Салли рассказала в начале сессии, с тем чтобы Салли сделала более адаптивный и реалистичный вывод. В конце сессии Салли всего на 20% верит в собственную никчемность (убеждение "Я ни на что не способна") и на 70% - в новую идею о том, что она вполне способная и успешная. Салли также приняла альтернативное объяснение произошедшего: она не оправдала ожиданий Пэгги, однако это не свидетельствует о ее несостоятельности. Даже если ее работа оказалась не самой удачной, это не означает, что Салли совершенно несостоятельна как личность. Главной причиной ее неуспеха было невнимание к ней товарищей по группе, а также отсутствие у Салли опыта совместной работы.

Подводя итог всему сказанному в этой главе, следует сказать следующее. Глубинные убеждения требуют последовательной, систематической проработки, оценки и изменения. Наряду с особыми техниками, предназначенными исключительно для выявления и изменения глубинных убеждений, полезным! могут оказаться и техники, подходящие для изменения автоматических мыслей и промежуточных убеждений.

| Дата | Вид активности | Ожидаемый уровень тревоги | Действительный уровень тревоги | Предположения | Использованные копинг-техники |
|---|---|---|---|---|---|
| *4.04* | *Задать вопрос на занятиях* | *80* | *50* | *У меня не получится. Я потеряю дар речи. Я буду выглядеть полной дурой.* | *Перед занятием — бланк РДМ и чтение копинг-карточки.* |

**Рис. 12.7.** Персонализированная таблица видов деятельности

# ГЛАВА 12 ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ

В предыдущих главах был представлен ряд когнитивных и поведенческих техник, среди которых - сократический диалог, рационально-эмотивная ролевая игра, бланк для работы с глубинными убеждениями (РГУ), техники, основанные на воображении, составление списка преимуществ и недостатков имеющихся убеждений и др. В этой главе речь пойдет о других, в той же степени пенных техниках, многие из которых являются одновременно когнитивными и поведенческими. Терапевт выбирает технику исходя из своей общей концептуализации (терапевтического случаями целей на данную сессию (об этом подробнее рассказывается в главе 16).

Техники, описанные в этой главе, как и все остальные техники когнитивной терапии, позволяют изменить мышление, настроение и поведение пациента. Они включают решение актуальной проблемы, принятие решения, поведенческий эксперимент, мониторинг и планирование видов деятельности, отвлечение и переключение внимания, техники релаксации, составление копинг-карточек, технику последовательного приближения, ролевую игру, технику "пирога", функциональные сравнения и список похвальных дел. Дополнительные техники описаны во многих источниках (Beck & Emery, 1985; McMillin, 1986).

## РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Все пациенты сталкиваются с реальными жизненными трудностями, которые могут быть обусловлены их психологическими расстройствами. Терапевт осведомляется о наличии подобных сложностей уже на первой сессии, в процессе составления *перечня проблем* или переформулирования каждой проблемы в *позитивную цель* (см. главу 3). На каждой сессии терапевт предлагает пациенту включать в повестку дня проблемы, которые возникли на минувшей неделе или которые, как он предполагает, могут возникнуть в ближайшее время. Поначалу терапевт может принять на себя ведущую роль в обсуждении возможных решений проблемы, а по мере продвижения терапии побуждает к активности пациента.

Некоторым пациентам, склонным пасовать перед трудностями, целесообразно давать прямые инструкции. Шаг за шагом их необходимо учить определять проблему, продумывать возможные варианты действий, выбирать оптимальное решение, осуществлять его и оценивать его эффективность. С другой стороны, пациентам, *способным* успешно выходить из кризисных ситуаций, зачастую необходимо лишь содействие в избавлении от дисфункциональных убеждений, препятствующих решению проблем.

Салли, например, не могла сосредоточиться во время подготовки к занятиям и экзаменам. Терапевт предложил ей несколько вариантов практического решения этой проблемы: начинать с самого легкого задания, перечитывать конспект до того, как браться за учебник; записывать возникающие по ходу подготовки вопросы; каждые несколько минут делать паузу, чтобы мысленно резюмировать прочитанное. Салли согласилась поэкспериментировать и использовать все эти стратегии, чтобы проверить, какие из них ей помогут.

Спустя несколько сессий у Салли возникла еще одна проблема, связанная с ее новой волонтерской работой (девушка помогала делать домашние задания соседскому ребенку). Хотя ей удавалось ладить с мальчиком, она чувствовала себя крайне неуверенно. Умом Салли понимала, что ей следует делать: обратиться в агентство, занимающееся координацией работы репетиторов и/или к учителю ребенка. Однако девушку удерживало убеждение, что она не должна обращаться за помощью. После оценивания автоматических мыслей, возникающих в этой ситуации, и данного убеждения Салли смогла реализовать решение, к необходимости которого ранее пришла самостоятельно.

Еще одна проблема мешала Салли приступить к написанию курсовой работы. Чтобы помочь пациентке выявить "камень преткновения" - дисфункциональное убеждение, терапевт наряду с сократическим диалогом предложил ей использовать бланк по решению проблемы (рис. 12.1).

Иногда решение проблемы предполагает существенные перемены в жизни. После тщательного анализа ситуации терапевт вправе побуждать женщину, подвергающуюся насилию, уйти от супруга-тирана, искать временное пристанище, обратиться в

правоохранительные органы или общественные организации. Пациенту, который хронически неудовлетворен своей работой, полезно оценить ее преимущества и недостатки. Если на воображаемой чаше весов перевесят недостатки (они будут существенными или многочисленными), терапевт может обсудить с пациентом идею поиска новой работы или переобучения для начала новой карьеры. С пациентом, которого не удовлетворяют отношения с людьми или условия жизни, вначале следует обсудить возможность внесения позитивных изменений в status quo. Не достигнув успеха, пациент может решиться на изменение ситуации.

Бланк по решению проблемы

**Имя пациента:** Салли **Дата:** 12.04

(Если непосредственному решению проблемы препятствуют автоматические мысли убеждения и/или яркие эмоции)

1. Проблема

Начать писать курсовую работу по экономике.

2. Автоматические мысли или убеждения

Я не смогу даже начать

3. Ответ на автоматические мысли/убеждения

Я вполне способна начать эту работу. Я не смогу узнать, получится ли это у меня, до тех пор, пока не сделаю этого.

4. Возможные решения

1. Продумать основную тему работы.

2. Записать тезисы (0,5 часа)

3. Обсудить тему работы с соседкой по комнате.

4. Прочитать литературу по этой теме и составить конспект.

5. Написать черновик. Настраиваться на "удовлетворительно", а не на "отлично".

**Рис. 12.1.** Бланк по решению проблемы.



## ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ

Большинству пациентов с трудом дается принятие решения.

Вначале терапевт предлагает пациенту составить список преимуществ и недостатков всех возможных альтернатив, а затем

помогает разработать систем; их оценивания и, наконец, сделать выбор: определить наиболее предпочти тельный вариант (рис. 12.2).

Терапевт: Вы жаловались, что никак не можете решить, чем вам занятье, летом: отправиться в летний школьный лагерь или найти временную работу?

Пациент: Да.

Т: Поговорим об этом. *(Достает лист бумаги.) Я* предлагаю обсудить пре имущества и недостатки обоих вариантов... Приходилось ли вам когда-нибудь выполнять такую работу?

П: Нет. По крайней мере, в письменном виде. Но иногда я старалась взвесить все "за" и "против" в уме.

Т: Прекрасно, тогда вам будет проще. Думаю, это лучше выполнить в письменном виде: так вы быстрее примете нужное решение. С чего начнем: с летнего лагеря или временной работы?

П: Наверное, с работы.

Т: Тогда запишите в верхнем левом углу: "Преимущества временной работы", в правом верхнем углу - "Недостатки временной работы", а в нижней части листа - "Преимущества летнего школьного лагеря" и "Недостатки летнего лагеря".

П: (*Выполняет это.*) Готово.

**Преимущества временной работы**

1. Заработаю денег.
2. Научусь чему-то новому.
3. Отдохну от колледжа.
4. Заведу новые знакомства.
5. Еще один пункт в моем резюме.

**Недостатки временной работы**

1. Сложно найти работу,
2. Меньше свободного времени.
3. Работа может мне не понравиться.

**Преимущества летнего лагеря**

1. В лагере будут двое моих друзей.
2. Много свободного времени.
3. Заведу новых друзей.
4. Попасть в лагерь легче, чем найти работу.

**Недостатки летнего лагеря**

1. Не заработаю, а потрачу деньги.

2. Не научусь ничему новому.

3. Та же самая обстановка.

4. Не достигну большого успеха.

5. Бесполезно для резюме

Рис. 12.2. Анализ преимуществ и недостатков. Работа Салли

Т: Вы ведь обдумывали оба варианта? Можете записать конкретные преимущества и недостатки временной работы в верхней части листа? *(Пациентка записывает свои идеи, над которыми размышляла раньше. Терапевт помогает ей, задавая наводящие вопросы.)* Как вы относитесь к тому, что, выбрав временную работу, вы измените образ жизни, отдохнете, наконец, от учебы? Разве это не явное преимущество?

П: Согласна. *(Записывает.)*

Т: Но в то же время вы останетесь без каникул.

П: Нет, я соглашусь только на ту работу, с которой смогу уйти в середине августа, чтобы съездить домой.

Процесс поиска преимуществ и недостатков продолжается до тех пор, пока не будут исчерпаны все возможные "за" и "против" данного варианта. Затем подобному анализу подвергается вторая возможность. Обсуждение преимуществ и недостатков летнего школьного лагеря наталкивает Салли на новые мысли, и она дополняет список преимуществ и недостатков временной работы. Более того, она анализирует пункты, относящиеся к временной работе, чтобы проверить, нельзя ли сформулировать противоположные идеи в отношении летнего лагеря.

И наконец, терапевт помогает пациентке взвесить все доводы и принять окончательное решение.

Т: Похоже, Салли, больше добавить нечего. Теперь следует взвесить все доводы. Сначала вы должны оценить, насколько важен каждый из них - по шкале от 0 до 10, или просто обведите самые важные для вас пункты. Как вы поступите?

П: Наверное, обведу самые важные доводы.

Т: Хорошо, Взгляните на перечень преимуществ и недостатков временной работы. Какие из них самые важные для вас? *(Пациентка перечитывает составленный список и обводит некоторые пункты.)* Какой можно сделать вывод, исходя из того, что вы обвели?

П: Похоже, самая большая проблема с временной работой - это *найти* ее. Потому что благодаря работе я смогу заработать деньги, принести пользу другим людям и сменить обстановку.

Т: Не хотите ли поговорить о том, как вы будете искать временную работу? А затем еще раз вернемся к этому списку и проверим, не изменилось ли ваше мнение.

В конце дискуссии терапевт подводит пациента к мысли применять эту технику самостоятельно.

Т: Как вы думаете, полезна ли эта техника оценивания преимуществ и недостатков? Может ли она пригодиться вам в будущем для принятия непростых решений? Как вы вспомните об этой технике?

## ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ЭКСПЕРИМЕНТЫ

Поведенческие эксперименты - это не только эффективные методы прял проверки достоверности мыслей и предположений пациента, но и важные *о ночные техники,* применяемые отдельно или наряду с сократическим диалогом. Поведенческие эксперимента можно проводить непосредственно в офисе терапевта или вне его. Вот пример использования данной техники.

Т: Значит, вы твердо уверены в том, что не способны сосредоточиться приступить к чтению. Это касается отдельных эпизодов или справедливо целом?

П: Так всегда бывает. Это справедливо в целом.

Т: А как насчет того, чтобы прямо сейчас проверить эту идею? У меня есть сегодняшняя газета. Не хотите ли просмотреть эту статью - если честно, меня порядком разозлила. Речь идет о том, что тарифы на электроэнергию

снова повышаются. *(Терапевт выбрал короткую заметку с понятным для пациентки содержанием).*

П: Ладно. *(Читает статью.)*

Т: Готово? И каково ваше мнение? Справедливо ли повышение тарифов?

П: Трудно сказать. [Автор доказывает, что] властям нужны средства на ремонт линий электропередач после прошлогодних ураганов...

Т: Может, вы и правы. Наверное, я отреагировал слишком бурно. ...Кстати, как *сейчас* поживает ваша идея, что вы не в состоянии сосредоточиться, чтобы приняться за чтение?

П: Похоже, это у меня получается лучше, чем я думала.

Непосредственно в офисе терапевта можно проверить множество других автоматических мыслей пациента.

**Автоматические мысли**

**Поведенческий эксперимент**

Я боюсь с ним разговаривать.

В ролевой игре пациент исполняет роль самого себя, а терапевт — собеседника.

Я не могу заставить себя записаться на прием к врачу.

Пациент делает нужный звонок из офиса терапевта.

Я ни на что не годен, ни для чего не годен

Пациент вместе с терапевтом просматривают объявления о работе.

Если у меня снова начнется головокружение, я потеряю сознание.

Пациент вызывает у себя головокружение посредством гипервентиляции и вращения на стуле (Clark, 1989).

Поведенческие эксперименты могут быть частью домашних заданий. Например.

1. Пациент высказывает негативное предположение; терапевт предлагает проверить его в течение ближайшей недели.

2. Сообща они определяют, как, когда и где осуществить проверку. Терапевт вносит изменения, благодаря которым повышается вероятность успеха.

3. Терапевт интересуется, как пациент отреагирует в случае, если его опасения подтвердятся. Вместе они формулируют адаптивный ответ.

В следующем примере представлено определение домашнего задания включающего поведенческий эксперимент.

Т: Итак, Салли, у вас есть предложение, что на занятиях вы лишитесь д$_{а}$ра речи и не сможете задать вопрос. *(Далее терапевт строит беседу согласна модели, описанной в главе 8. Он побуждает Салли взвесить доказательства, проанализировать худший из возможных вариантов, а также самый лучший и самый реалистичный варианты развития событий. Очевидно, что Салли смажет задать вопрос, но, вероятно, не лучшим образом.)* Как вы

смотрите на то, чтобы на будущей неделе провести эксперимент: проверить ваше предположение, что на занятиях вы не сможете задать вопрос?

П: Я немного волнуюсь. Но согласна попробовать.

Т: Какой предмет вы выберете? Где вам будет проще всего провести этот эксперимент, учитывая, что это первый раз?

П: Наверное, на занятии по литературе.

Т: Какой вопрос вы могли бы задать?

П: *(Задумывается.)* О чем-то, что я не поняла. Мы изучаем роман об Англии XVIII века. Главный герой считает жену своей собственностью. Я не разобралась, это всего лишь его отличительная черта или признак социального класса либо всего общества в то время.

Т: Хороший вопрос. Как бы его получше сформулировать?

П: Не знаю... Наверное, я могу сказать так: "В семье Шарлотты к ней относились как к собственности. Это характерно для всего английского общества того времени или только для данного социального слоя, или только для конкретной семьи?"

Т: Отлично. Задав этот вопрос, вы проверите свое предположение, что на занятиях лишитесь дара речи. Если вы зададите вопрос и все пройдет хорошо - замечательно. Но если вы все-таки лишитесь дара речи и не сможете произнести ни слова, мы поработаем над этой проблемой на следующей сессии. Давайте все-таки на мгновение вообразим, что вы не сможете задать вопрос. С чем вы будете думать в тот момент?

П: Что я дура.

Т: Предлагаю найти более удачный ответ на эту мысль. *(С помощью стандартного сократического диалога терапевт помогает Салли оценить негативную мысль и составить копинг - карточку.)*

Вот предположения Салли, подвергнутые проверке вне офиса терапевта**.**

• Если я заговорю с ним (с незнакомым студентом), он обидит меня.

• Если я обращусь к преподавателю, он откажется мне помочь.

• Если я пойду на вечеринку, я зря потеряю время.

• Если я сделаю над собой усилие и прочитаю главу 12, я все равно ничего не пойму.

• Даже если я начну писать курсовую работу, я не смогу ее закончить.

Правильно организованные поведенческие эксперименты могут оказаться мощным стимулом когнитивных и поведенческих изменений.

## МОНИТОРИНГ И ПЛАНИРОВАНИЕ ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

На рис. 12.3 представлена частично заполненная таблица видов деятельности, где по горизонтали отмечены дни недели, а по вертикали — часы дня. Эту таблицу можно использовать несколькими различными способами: для мониторинга активности пациента, оценки и анализа сопутствующего активности удовольствия и Достигнутого уровня мастерства в различных занятиях, для мониторинга и оценивания негативного настроения, планирования занятий, доставляющих удовольствие, а также для проверки негативных предсказаний пациента.

Желая получить больше сведений о пациенте (о том, какими занятиями заполнен его день), терапевт может предложить ему отслеживать свою активность. Как обычно, вначале терапевт дает логическое обоснование; убеждается, что пациент понимает это задание и согласен его выполнить; помогает пациенту начать выполнение домашнего задания на сессии и выясняет, что может помешать пациенту продолжить эту работу дома. Обычно это задание предлагается пациентам на ранних этапах терапии, на второй или третьей сессии. Полученные терапевтом данные могут оказаться поистине бесценными, и последующие изменения активности пациента часто приводят к значительным улучшениям его настроения.

Т: Из вашего рассказа мне ясно, что вам сложно даются многие повседневные дела и в последнее время вы очень собой недовольны.

П: Да.

Т: Взгляните на эту таблицу. Предлагаю вам поработать с ней на будущей неделе, чтобы отслеживать свою занятость. В следующий раз мы обсудим

результаты и поймем, как вы проводите время. Оценивайте, насколько приятно вам каждое ваше занятие, а также отмечайте, радуетесь ли вы достигнутому

П: Хорошо.

Т: А теперь давайте продумаем систему оценивания ваших занятий. Если представить шкалу удовольствия от 0 до 10, какое

занятие вы оценили бы 10 баллов? То, что радовало вас в прошлом, или то, что лишь *могло бы* оказаться для вас очень приятным?

П: Если бы я получила "А"+ по курсовой работе ("А" соответствует оцет "отлично". - *Примеч. ред.).*

Т: Хорошо. Запишите в таблице: "10 = "А"+ по курсовой работе".

П: *(Записывает.)*

Т: А что вы оцените в 0 баллов по шкале удовольствия? Занятие, которое вам крайне неприятно?

П: Подготовка к экзамену по химии.

Т: Тогда запишите: "0" = готовиться к экзамену по химии". ...Что вы оцени! в 5 баллов?

П: Наверное... обедать с моей соседкой по комнате.

Т: Хорошо, запишите это. ...А какие занятия соответствуют 3 и 7 баллам?

Если пациент без труда подбирает виды деятельности, соответствующим баллам на шкале удовольствия, терапевт может ограничиться выявление этих пяти ключевых точек (0, 3, 5, 7 и 10 баллов) или же предложить пациент закончить работу самостоятельно, дома. Если пациенту трудно выполнять эту работу, существуют три возможности (выбор осуществляется сообща - пациентом и терапевтом).

1. Полностью заполнить шкалу на сессии.

2. Изменить шкалу, оставив три графы: высокий, средний, низкий (уровень удовольствия).

3. Вернуться к этому заданию позднее.

Иногда пациент оценивает в 0 баллов по шкале удовольствия занятие, которое, судя по всему, не заслуживает столь низкой оценки. В этом случае терапевт тактично задает пациенту наводящие вопросы, чтобы проверить точность оценки, или решает осуществить самораскрытие: "Значит, уборку в ванной комнате вы оценили в 0 баллов по шкале удовольствия. Но может быть, есть что-нибудь хуже? Скажу о себе: для меня 0 баллов - это ссориться с кем-нибудь или кричать на детей, когда они того не заслуживают".

## ТАБЛИЦА ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | День 1 | День 2 | День 3 | День 4 | День 5 | День 6 | День 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6:00 -7:00 | | | | | | | |
| 7:00-8:00 | | | | | | | |
| 8:00-9:00 | Утренние дела Успех = 2 Удовольствие = 0 | | | | | | |
| 9:00-10:00 | Занималась учебой Успех = 2 Удовольствие = 0 | | | | | | |
| 10:00-11:00 | Терапии Успех - 5 Удовольствие = 4 | | | | | | |
| 11:00-12:00 | Сидела на скамейке в парке Успех = 1 Удовольствие = 3 | | | | | | |
| 12:00-13:00 | Обед Успех = 1 Удовольствие = 3 | | | | | | |
| 13:00-14:00 | Лекция по химии Успех = 3 Удовольствие = 3 | | | | | | |
| 14:00-15:00 | | | | | | | |
| 15:00-16:00 | Занималась учебой Успех =2 | | | | | | |
| | Удовольствие = 1 | | | | | | |
| 16:00-17:00 | | | | | | | |
| 17:00-18:00 | | | | | | | |
| 18:00-19:00 | Ужин Успех = 2 Удовольствие - 4 | | | | | | |
| 19:00-20:00 | Смотрела телевизор Успех = 2 | | | | | | |
| | Удовольствие - 2 | | | | | | |
| 20:00-21:00 | | | | | | | |
| 21:00-22:00 | | | | | | | |
| 22:00-23:00 | | | | | | | |
| 23:00 -00:00 | Сон | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00:00-01:00 | | | | | | | |
| 01:00-02:00 | | | | | | | |
| 02:00 -03:00 | | | | | | | |
| 03:00 -04:00 | | | | | | | |
| 04:00 -05:00 | | | | | | | |
| 05:00 -06:00 | | | | | | | |

Рис. 12.3. Таблица видов деятельности. Copyright 1995 by Judith S. Beck, Ph. D.

| **Шкала успеха** | **Шкала удовольствия** | **Выводы** |
|---|---|---|
| 0 Смотреть плохой фильм по телевизору | 0 Готовиться к экзамену по химии | |
| | | |
| | | |
| 3 Убирать на письменном столе | 3 Кататься на велосипеде вокруг общежития | |
| | | |
| | | |
| 5 Подводить баланс по чековой книжке | 5 Обедать вместе с соседкой по комнате | |
| | | |
| | | |
| 8 Написать сочинение по английской литературе | 8 Выиграть со своей командой матч по баскетболу | |
| | | |
| 10 Решить сложную задачу по химии | 10 Получить "А"+ по курсовой работе | |
| | | |

Рис. 12.3. (продолжение)

Заполнив шкалу удовольствия, пациент приступает к составлению шкалы успеха.

Т: Теперь давайте составим шкалу успеха. Я имею в виду радость от достигнутого, которую вы испытываете благодаря разным занятиям. Что вы оцените в 10 баллов?

П: *(Задумывается.)* Решить сложную задачу по химии.

Т: Что вы оцените в 0 баллов?

П: Это когда я ничего не достигла? Не знаю. Возможно, драить ванну... Или смотреть плохой фильм по телевизору,

Т: Что вы оцените в 5 баллов?

П: Подводить баланс по чековой книжке. *(Заполняет соответствую поле таблицы.)*

Т: Отлично. Теперь начнем составлять сегодняшнее расписание активности.

В поле "11:00" запишите "Терапия", а ниже "Удовольствие = ____" и "Успех = ".

Во сколько баллов вы оцените удовольствие, полученное от сегодняшней сессии?

П: Примерно в 5 баллов.

Т: А свои успехи?

П: В 4 балла. *(Записывает.)*

Т: Что вы делали сегодня за час до терапии?

П: Работала в библиотеке.

Т: Значит, запишите "Работа в библиотеке" в поле перед терапией и отметьте "Удовольствие =_______", "Успех = ________". Теперь взгляните на шкалу. Насколько плодотворной оказалась работа в библиотеке? И насколько приятной?

П: Ощущение успеха было очень слабым, я думаю, 0 баллов.

Т: Значит, сегодняшняя работа в библиотеке в этом смысле была равноценной просмотру плохого фильма по телевизору?

П: Нет. Наверное, чего-то я все-таки достигла. Пусть будет 2 балла.

Т: А удовольствие?

П: То же, что и при подготовке к экзамену по химии, - 0 баллов.

Т: Хорошо, запишите эти цифры. *(Терапевт побуждает пациентку заполнить еще несколько полей, пока не убедится, что Салли легко и точно оценивает свои занятия по шкалам удовольствия и уровня успеха.)* Теперь вы понимаете, в чем суть этого задания?

П: Да.

Т: А можете объяснить, в чем его польза?

П: Я стану организованнее — пойму, на что трачу свое время.

Т: А зачем надо оценивать свое удовольствие и чувство успеха?

П: Не знаю.

Т: Таблицы видов деятельности, составленные вами за неделю, о многом нам расскажут. Например, мы определим, чем вам стоит

заниматься почаще, а где немного сбавить темп. Увидим, какие занятия из тех, что раньше дарили вам удовольствие и ощущение успеха, вы сейчас забросили. Выявим занятия, которые когда-то были для вас приятными, а сейчас не доставляют удовольствия.

П: Понятно...

Т: В идеале вы должны заполнять соответствующие поля таблицы сразу же, как переходите к другому виду деятельности, - так вы не забудете, что именно делали, а оценки окажутся более точными. Но если это невозможно, заполняйте таблицу во время обеда, ужина или перед сном.

П: Хорошо, это несложно.

Т: Старайтесь заполнять таблицу каждый день - так мы получим больше информации. Но даже если вы вспомните о ней всего лишь несколько раз, это тоже принесет пользу. А теперь подумайте, что может помешать вам выполнить это задание? Какие практические обстоятельства или, может быть, мысли?

П: Я могу забыть, что нужно заполнять таблицу.

Т: Как вы можете напомнить себе об этом задании?

П: Могу положить бланк с таблицей в записную книжку. Открыв ее, я сразу вспомню и о таблице.

Т: Какие еще сложности вы предвидите?

П: Больше ничего. Думаю, у меня получится.

Т: Хорошо. Хочу сказать еще вот о чем. Постарайтесь просмотреть заполненную таблицу за день до следующей сессии или прямо перед сессией. Если отметите какие-нибудь закономерности, отметьте их под таблицей или с обратной стороны листа. Договорились?

П: Да.

Т: Тогда запишите это домашнее задание на вашем листке, копия останется у меня.

П: Хорошо. *(Записывает домашнее задание.)*

## Анализ таблицы видов деятельности (на следующей сессии)

На следующей сессии терапевт и пациент сообща анализируют заполненную пациентом таблицу видов деятельности, ищут закономерности и формулируют выводы. Например.

1. Доля каких видов деятельности пациента чрезмерна (с позиции сбалансированного образа жизни)? Уделяет ли пациент достаточно времен занятиям, связанным с работой / учебой, семьей, друзьями, физической формой (например, занятия спортом), домашними делами, его духовными / культурными / интеллектуальными интересами и, наконец, просто приятным для него видам активности?

2. Какие занятия доставляют пациенту наибольшее удовольствие и сопряжены с ощущением успеха? Следует ли пациенту уделять им больше времени? Как это осуществить?

3. Какие занятия совсем не доставляют пациенту удовольствия и не позволяют испытать ощущение успеха? Являются ли эти виды деятельности по сути дисфоричными (например, длительное пребывание в постели), частоту и продолжительность которых необходимо снизить? Или же пациент не получает удовольствия от позитивных видов активности и

своих автоматических мыслей? В последнем случае терапевту следует обратиться к дисфункциональным когнициям пациента, вместо того чтобы советовать ему сократить продолжительность данных занятий.

В следующем примере терапевт анализирует заполненную таблицу видов деятельности вместе с Салли, помогает ей распланировать свое время наперед, побуждает ее осуществить определенные перемены, выявляет мысли, которые могут этому помешать, называет ее мысли предположениями, которые следует проверить, и договаривается с ней закрепить навык заполнения таблицы, продолжив мониторинг активности на следующей неделе.

Т: Я вижу, вы заполняли таблицу видов деятельности каждый день. Это очень хорошо. А удалось ли вам просмотреть ее перед сессией?

П: Да. И я поняла, что долго валяюсь в постели - гораздо дольше, чем раньше.

Т: Приятно ли вам пребывание в постели, укрепляет ли оно ваше чувство успеха?

П: Нет. Совсем наоборот. У этого занятия самые низкие оценки.

Т: Так, это очень ценная информация. Люди в состоянии депрессии часто надеются, что благодаря длительному пребыванию в постели их самочувствие улучшится. Но на самом деле *любое другое* занятие окажется более полезным. Какие еще выводы вы сделали?

П: Я поняла, что раньше гораздо чаще гуляла с друзьями и даже просто больше виделась с ними. Сейчас я хожу только из общежития на занятия, в библиотеку, в столовую и назад в свою комнату...

Т: Хотите изменить подобное положение дел на следующей неделе?

П: Да. Мне не хватает общения, но, с другой стороны, у меня нет на него сил.

Т: И получается, что вы остаетесь лежать в постели?

П: Да.

Т: Какая интересная у вас мысль: "У меня нет сил для общения с людьми". Предлагаю вам записать ее. А как нам проверить эту идею, чтобы узнать, соответствует ли она истине?

П: Я могу запланировать на следующую неделю почаще видеться с друзьями. Посмотрим, получится ли у меня.

Т: Какую пользу принесет вам общение с друзьями?

П: Я буду лучше себя чувствовать.

Т: Представьте, пожалуйста, что сегодня после терапии вы встречаете нескольких знакомых, которые идут на занятия. Вы думаете: "Я могу подойти к

ним и поинтересоваться их планами на сегодняшний вечер". Какие еще мысли могут у вас возникать?

П: Наверное, они не захотят со мной разговаривать.

Т: И эта мысль помешает вам даже подойти к ним! А как вы могли бы на нее ответить?

П: Не знаю.

Т: Есть ли доказательства, что ваши приятели не примут приглашение?

П: Нет. Конечно, если у них нет других планов и они не заняты.

Т: Как вы можете *проверить,* захотят ли они провести с вами вечер?

П: Подойти к ним и пригласить.

Т: Итак, если такая ситуация действительно представится, у вас есть шанс проверить две идеи. Первая - что у вас нет сил общаться с друзьями. Вторая - что ваши друзья не захотят с вами общаться. Верно?

П: Да.

Т: Хотите подробнее поговорить о том, где и как вы можете общаться с друзьями?

П: Нет, с этим я и сама разберусь.

Т: Хорошо. Тогда как насчет следующего домашнего задания? Предлагаю вам записывать все автоматические мысли, которые препятствуют осуществлению того, что вы запланировали.

П: Хорошо, я буду записывать.

Т: Какие еще открытия вы сделали благодаря таблице видов деятельности - помимо того, что слишком много времени проводите в постели и явно недостаточно - с друзьями?

П: Я слишком часто смотрю телевизор - и не получаю от этого больше, удовольствия.

Т: Чем бы вы могли заменить просмотр телепередач на будущей недели?

П: Не знаю.

Т: Я заметил, что вы не очень много времени уделяете физкультуре.

П: Да уж. А раньше я бегала по утрам и ходила в бассейн.

Т: Что мешало вам делать это в последнее время?

П: Все то же самое. У меня не было на это сил. Да и не хотелось.

Т: Тогда, может быть, запланируете больше физической активности?

П: *(Кивает и записывает.)*

Т: Насколько высока вероятность того, что на следующей неделе вы будете больше общаться с друзьями и займетесь физкультурой?

П: Я сделаю это.

Т: Не хотите ли вписать эти планы в пустой бланк таблицы видов деятельности, чтобы повысить вероятность их исполнения?

П: Нет, не надо. Я и так это сделаю.

Т: Имеет ли смысл на будущей неделе вести учет ваших занятий - как и на прошлой неделе, с оценкой удовольствия и чувства успеха, - или вы будете отслеживать лишь новые виды активности - те, которые мы запланировали сегодня?

П: Я буду вести учет новых занятий.

Т: Договорились. А как вы хотите вести учет?

Бы видите, как терапевт помогает Салли проанализировать заполненную ею таблицу видов деятельности и сформулировать выводы. Некоторым пациентам требуется немного больше помощи

терапевта (например: "Вы заметили, сколько времени на прошлой неделе провели лежа в постели? Как вы оценили это занятие по шкалам удовольствия и успеха? Что вам попробовать изменить на следующей неделе?"). Терапевт также помогает Салли наметить план конкретных изменений и выявить автоматические мысли, которые могут помешать их осуществлению. Затем он добивается согласия пациентки проверить ее негативные предположения и предлагает продолжить мониторинг активности на следующей неделе.

Анализируя вместе с пациентом заполненную таблицу видов деятельности, терапевт определяет, есть ли у пациента дисфункциональные автоматические мысли, мешающие получать удовольствие от занятий или пережить чувство успеха. Если какой-то вид активности пациент оценивает ниже, чем можно было ожидать, терапевт выявляет сопутствовавшие автоматические мысли.

Т: Я вижу, что вчера вы работали в библиотеке и оценили эту работу в 1 балл по шкале удовольствия и в 1 балл по шкале успеха. Расскажите, пожалуйста, подробнее, чем вы занимались.

П: Курсовой работой по экономике.

Т: Вы оценили это занятие намного ниже, чем все остальные на минувшей неделе.

П: Да.

Т: О чем вы думали, когда работали над курсовой по экономике?

П: Не помню.

Т: Представьте, что сейчас - полдень вчерашнего дня и вы находитесь в библиотеке. Где именно вы сидите?

П: На четвертом этаже, в маленькой кабинке для индивидуальных занятий.

Т: Представьте себя там. Что вы делаете: пишете, перечитываете уже написанное или что-нибудь еще?

П: Я откинулась на спинку стула и просматриваю написанное.

Т: Как вы себя чувствуете сейчас?

П: Отвратительно.

Т: И какие же у вас мысли?

П: Я не хочу больше писать эту курсовую. Я так устала. Я ее ненавижу. Я больше не могу.

Т: Хорошо, а теперь вы снова погружаетесь в работу. Сейчас 13.30. Что происходит?

П: Я успела написать еще полстраницы и думаю: "Это пустая трата времени. Курсовая получается никудышная. Я больше не выдержу".

Т: И как вы себя чувствуете? –

П: Отвратительно.

Т: *Неудивительно,* что оценки работы в библиотеке такие низкие. Вы видите, как ваши мысли влияют на ваше настроение?

П: Да. Думаю, что я сама себя взвинтила и поэтому возненавидела то, что делала.

Т: Каким было бы ваше настроение, если бы вы думали примерно "У меня получается довольно неплохо. Написано полстраницы, а мне казалось, что я не напишу ни одного слова. У меня готово начало чернового варианта работы".

П: Я бы наверняка чувствовала себя лучше.

Т: На следующей неделе попробуйте следить за своим настроением. Когда оно будет ухудшаться, определяйте свои мысли и записывайте их.

П: Хорошо, я сделаю это.

Т: А сейчас еще раз взгляните на вашу таблицу. Какие еще мысли могли мешать вам испытать удовольствие и чувство успеха?

В приведенном примере терапевт использует заполненную пациентом таблицу видов деятельности, чтобы выявить ситуации, в которых автоматические мысли мешают получать удовольствие и переживать чувство успеха.

Затем он использует силу воображения пациента, чтобы помочь ему вспомнить автоматические мысли, и показывает, что другие мысли могут улучшить его настроение. Наконец, терапевт определяет домашнее задание: выявлять автоматические мысли, сопутствующие плохому настроению, и интересуется, в каких еще случаях на прошлой неделе автоматические мысли мешали пациенту получить удовольствие и испытать чувство успеха.

## Оценка настроения с помощью таблицы видов деятельности

С помощью таблицы видов деятельности можно исследовать эпизоды конкретного настроения. Например, пациент, страдающий тревожным расстройством, заполняя таблицу видов деятельности,

может отмечать сопутствующий каждому занятию уровень тревожности по шкале от 0 до 10. Пациенту, который жалуется на повышенную раздражительность или злость, следует отмечать на континууме интенсивность соответствующих чувств и эмоций. Эта методика особенно полезна тем пациентам, которым сложно определять незначительные или средние колебания настроения, или тем, кто хронически недооценивает или переоценивает интенсивность своих эмоций. Пациенты, у которых эмоции чрезвычайно лабильны (настроение меняется часто и быстро), с помощью таблицы видов деятельности могут отмечать *преобладающее* для каждого занятия настроение.

## Планирование активности

Подобная таблица может применяться и для планирования активности. Вместо того чтобы отслеживать и отмечать свои занятия на протяжении недели, пациент планирует виды деятельности наперед и отмечает их в соответствующих нолях таблицы. Это занятия, доставляющие пациенту удовольствие (особенно пациентам, страдающим депрессией), повседневные дела, которые необходимо выполнить, социальная активность, выполнение домашнего задания, физическая активность или занятия, которых пациент прежде избегал. Также терапевт предлагает пациенту вести параллельный учет активности, как описано выше (отмечая все занятия или только те, которые были запланированы заранее).

Если это целесообразно, терапевт предлагает пациенту *предположить* уровень удовольствия или чувства успеха, которыми будет сопровождаться тот или иной вид активности, и отметить это в таблице. Затем, выполнив запланированные занятия, в другой таблице пациент записывает действительный уровень испытанного им удовольствия и чувства успеха. Обсуждение и сравнение этих показателей (ожидаемого и реального) может дать очень ценную информацию.

Т: Давайте сравним ваши предположения, отмеченные в первой таблице *реальные* результаты вашей деятельности, отмеченные во второй таблице.

П: *(Кивает.)*

Т: Так, посмотрим... Вы предполагали, что оценки запланированных вами трех встреч с друзьями будут очень низкими, большинство из них от 0 до 3 баллов. А как получилось на самом деле?

П: Лучше, чем я думала. Уровень удовольствия я оценила от 3 до 5 баллов

Т: О чем это говорит?

П: Наверное, я не очень хороший предсказатель. Я думала, что зря потрачу время, но ошиблась.

Т: Не хотите ли и на следующую неделю запланировать общение с друзьями?

П: Я уже так и сделала.

Т: Хорошо. Теперь вы понимаете, что происходило до начала терапии. Вы предполагали, что время, проведенное с друзьями, окажется для вас полностью потерянным и вы не получите никакого удовольствия. Поэтому вы не только не проявляли инициативы, но и отказывались от их предложений. Похоже, что это домашнее задание помогло вам критически оценить эти идеи. Ваши негативные предположения не оправдались, общение с друзьями оказалось приятным, и вы по собственной инициативе запланировали дальнейшие встречи. Правильно?

П: Да. Кажется, я начинаю понимать, что делаю множество негативных предсказаний. Но я вспомнила об одном случае, когда реально получила меньше удовольствия, чем предсказывала, и хочу поговорить об этом с вами.

Т: Что это был за случай?

П: Я предположила, что пробежку оценю в 4 балла по шкале удовольствия и во столько же по шкале успеха. А на самом деле оказалось, что я оценила ее в 2 балла.

Т: Как вы думаете, почему?

П: Не знаю.

Т: Вспомните свое настроение на пробежке.

П: В основном мне было грустно.

Т: О чем вы думали?

П: Не знаю. Я плохо себя чувствовала. У меня сразу же появилась одышка. Я не ожидала, что это окажется так сложно.

Т: У вас были такие мысли: "Я плохо себя чувствую", "У меня одышка", "Это сложно"?

П: Да, именно так я и думала.

Т: Какие еще мысли у вас были?

П: Я вспоминала, как легко раньше мне удавалось пробегать большие расстояния - две или даже три мили, и без всякой одышки!

Т: О чем еще вы думали?

П: О том, что я действительно в плохой форме. Что мне потребуется много усилий, чтобы вернуться к прежнему состоянию. Если это *вообще* мне удастся.

Т: Правильно ли я вас понял, что здесь, у меня в офисе, вам казалось, что занятие бегом окажется для вас умеренно приятным и будет сопровождаться умеренным чувством успеха. Но оказалось, что вы не получили радости от этой пробежки. Похоже, причиной этого были ваши мысли: "Это сложно", "У меня одышка", "Раньше это мне удавалось легко", "Я в плохой форме", "Неизвестно, смогу ли я вернуться к прежней форме". Из-за этих мыслей ваше настроение и самочувствие ухудшились. Правильно?

П: Да.

В представленном примере терапевт с помощью таблицы видов деятельности оценивает ряд автоматических мыслей пациентки, которые помешали ей насладиться пробежкой и испытать чувство успеха. Далее терапевт помогает Салли выявить ее ключевую когницию: "Возможно, я никогда не смогу вернуться к прежнему состоянию". Он также обучает ее сравнивать теперешнее состояние с худшим, а не лучшим.

## ОТВЛЕЧЕНИЕ И ПЕРЕКЛЮЧЕНИЕ ВНИМАНИЯ

Как описано в главе 8, в большинстве случаев целесообразна непосредственная работа с дисфункциональными автоматическими мыслями пациента, с тем, чтобы изменить их. Однако иногда эта стратегия неосуществима, и тогда следует применить технику отвлечения, переключения внимания или чтения копинг-карточек.

*Переключение внимания* особенно полезно в ситуациях, когда пациенту необходимо сосредоточиться на выполнении определенных задач, например, на работе, в беседе или при управлении автомобилем.

Терапевт обучает пациента переключать внимание на непосредственное занятие — осознанно концентрироваться на составляемом отчете, на словах собеседников, на дорожной ситуации. Терапевт предлагает пациенту опробовать эту стратегию непосредственно

на сессии, чтобы выяснить, как тому удавалось переключать внимание в прошлом или как, по его мнению, это получится в будущем.

Т: Итак, если на занятиях у вас возникают тревожные мысли, вы можете постараться правильно на них ответить. Но иногда полезно просто переключить внимание. Бываю ли, что вы пытались сосредоточиться на том, что происходит в аудитории?

П: Гм... Да, наверное. Т: Каким образом?

П: Мне лучше всего удавалось сосредоточиться, когда я начинала много записывать - вести подробный конспект.

Т: Неплохо. На будущей неделе, если на занятиях вы начнете тревожиться и грустить, попробуйте ответить своим негативным мыслям или переключите свое внимание, подробно конспектируя лекцию. А может, у вас получится применить обе эти стратегии?

П: Хорошо.

Т: Как вы вспомните, что должны так поступить?

В другом случае, когда пациенту не удается избавиться от навязчивых отрицательных эмоций и он не занят ничем определенным, полезно применить *технику отвлечения*. Как и в предыдущем примере, терапевт с помощью осторожных вопросов выясняет, как пациенту удавалось отвлекаться в прошлом, и, если необходимо, предлагает другие способы.

Т: Значит, вы заполнили бланк для работы с дисфункциональными мыслями (РДМ), но вам по-прежнему грустно?

П: Да.

Т: Возможно, чуть позже мы поговорим, почему ваше состояние не улучшилось после работы с мыслями, но сейчас я хочу рассказать вам еще об одном способе справиться с тревогой. Хорошо?

П: *(Киваеет.)*

Т: Скажите, Салли, вы когда-нибудь пробовали отвлечься, когда у вас был» плохое настроение? Как вы это делали?

П: Гм... Я включала телевизор.

Т: Это помогало?

П: Когда я забывалась, мне становилось лучше. Но иногда это было б полезно.

Т: Что еще вы пробовали?

П: Иногда листала газету или разгадывала кроссворд, но это тоже не всегда помогало.

Т: Есть еще идеи?

П: ...Нет, наверное.

Т: Позвольте, я расскажу о других способах. Постарайтесь применить некоторые из них на будущей неделе. Итак, вы можете прогуляться на свежем воздухе или выйти на пробежку, позвонить по телефону своей подруге, убрать в комнате или на рабочем столе, навести порядок па книжных полках, подвести баланс по чековой книжке, сходить за покупками, навестить соседей. Как вам эти идеи? Приглянулась какая-нибудь?

П: Да, я постараюсь выйти на пробежку. Раньше я очень любила бег.

При дисфории желательно не просто избавить пациента от неприятных мыслей, научив его переключать внимание или отвлекаться. Чтобы добиться устойчивого улучшения состояния, пациентам необходимо применить рядтехник (особенно если когнитивная реструктуризация невозможна или неэффективна). Однако имейте в виду, что некоторые пациенты склонны слишком полагаться на эти альтернативные техники, позволяющие им улучшить своесостояние, в ущерб оцениванию и изменению дисфункциональных автоматических мыслей. Иногда требуется краткое обсуждение, подобное приведенному ниже.

Т: Итак, если я правильно понял, вы всегда стараетесь прогнать плохие мысли.

П: Да.

Т: Исчезают ли полностью эти мысли, например о том, что вам не удастся что-то выполнить?

П: Нет, обычно они возвращаются.

Т: Значит, вы не избавляетесь от них полностью, а лишь загоняете вглубь, где они дожидаются очередной возможности проявить себя и ухудшить ваше состояние. Вы согласны?

П: Наверное, вы правы.

Т: На будущей неделе хотя бы несколько раз попробуйте не прогонять неугодные вам мысли, а действительно с ними поработать, оценить их так, как мы это делали сегодня на сессии.

П: Ладно.

Т: Даже если у вас не получится сразу же заполнить бланк для работы с дисфункциональными мыслями (РДМ), постарайтесь сделать это при первом удобном случае.

## РЕЛАКСАЦИЯ

Многим пациентам полезно освоить техники релаксации, подробно описанные во многих источниках (Benson, 1975; Jocobson, 1974). Подобно всем остальным методикам, описанным в этой книге, техники релаксации необходимо представить пациенту на сессии и обучить его их выполнению. Это дает возможность выявить и разрешить сопутствующие проблемы и повысить эффективность самостоятельного применения техник пациентом.

Терапевт также должен учитывать, что на некоторых пациентов техники релаксации могут произвести парадоксальный обратный эффект - усилить возбуждение, психическую напряженность и тревогу (Clark, 1989). Как всегда, терапевт предлагает пациенту применить технику релаксации в качестве эксперимента: либо тревога снизится, либо возникнут новые тревожные мысли, с которыми следует поработать.

## КОПИНГ-КАРТОЧКИ

Для составления *копинг-карточек* [7] используются листки бумаги для записей размером примерно 8 x 12 см. Готовые копии г-карточки пациент хранит в пределах досягаемости - в ящике письменного стола, в бумажнике, кошельке - или прикрепляет на зеркале в ванной, на холодильнике или приборной панели своего автомобиля. Терапевт предлагает пациенту перечитывать копинг-карточки трижды в день и каждый раз в случае необходимости. Копинг-карточки могут быть нескольких типов, три из которых представлены ниже. Это запись ключевой автоматической мысли или убеждения с одной стороны карточки и адаптивного ответа - с другой стороны; описание поведенческих стратегий (вариантов действия) в определенной

проблемной ситуации и составление активизирующих пациента самоинструкций.

**Копинг-карточка 1-го типа: автоматическая мысль - адаптивный ответ**

Если пациенту не удается оценить дисфункциональные мысли, а переключение внимания или отвлечение нежелательны, терапевт помогает пациенту составить копинг-карточку (рис. 12.4 и 12.5). Желательно убедить пациента перечитывать карточку не только по мере необходимости (при возникновении проблемных мыслей), но и регулярно (обычно трижды в день). Так повышается вероятность того, что пациент хорошо усвоит ее содержание.

Т: А сейчас я предлагаю составить карточку, которая поможет вам правильно ответить на мысль "У меня не получится" (возникающую, когда вы читаете учебник но экономике].

П: Да, это хорошая идея.

Т: Тогда возьмите этот листок и запишите: "Я меня не получится".

П: *(Записывает.)*

Т: А теперь вернемся к тому, что мы только что обсудили. Как вам следует правильно ответить на эту мысль?

После обсуждения пациентка записывает формулировки на обратной стороне карточки. Затем терапевт рассказывает, когда надо перечитывать составленную копинг-карточку (за завтраком, за обедом, за ужином, а также в ответственные моменты: перед тем как отправиться в библиотеку, открыть нужный учебник, приступить к чтению самой сложной части главы), и согласует примерный график с пациенткой.

**Копинг-карточка 2-го типа: копинг-стратегии**

Второй тип копинг-карточек представляет собой перечень техник, которые может применить пациент, столкнувшись с трудной ситуацией (рис. 12.5). Такая карточка также составляется совместными усилиями терапевта и пациента и

**Копинг-карточка тип 1**

| |
|---|
| **(сторона 1)**<br>**Автоматическая мысль**<br>*Я не смогу* |

| |
|---|
| **(сторона 2)**<br>**Адаптивный ответ**<br>*Мне может казаться, что я не смогу, но это не обязательно правда. В прошлом я много раз думала, что не смогу прочитать текст или понять тему, но если мне удавалось начать — открыть книгу и приняться за чтение,— я постепенно разбиралась в теме, по крайней мере частично. Мне может быть сложно, но это неправда, что я совсем не смогу этого сделать. Самое плохое, что может произойти, — я начну читать и действительно не буду понимать. В этом случае я могу остановиться, или попросить кого-то о помощи, или заняться чем-нибудь другим. Но это лучше, чем вообще не пытаться. Негативное мышление лишает меня желания действовать. Но я должна сделать усилие и проверить предположение, что я не смогу.* |

**Рис. 12.4.** Копинг-карточка 1-го типа

позволяет пациенту вспомнить в нужный момент и правильно применить стратегии, освоенные на сессии. Вначале терапевт интересуется у пациента, как тот мог бы поступить в определенной ситуации, а затем вносит дополнительные предложения. Пациент составляет копинг-карточку, используя стратегии, которые считает полезными для себя.

Т: Мы только что обсудили, как вы можете поступить в ситуации, когда испытываете тревогу. Не хотите ли записать эти возможности в карточку, чтобы она была под рукой как напоминание?

П: Да, я запишу.

Т: Вот карточка. Сверху отметьте: "Возможности поведения в ситуации, когда я тревожусь". Какой будет первая стратегия?

**Копинг-карточка 3-го типа: активизирующие самоинструкции**

Копинг-карточка 3-го типа (рис. 12.5) помогает воодушевиться пациенту, испытывающему недостаток мотивации. Карточка этого типа также составляется совместными усилиями терапевта и пациента ("Салли, хотите записать в карточку то, что мы только что обсудил» [по поводу вашего обращения к преподавателю]?").

Терапевт может уделить некоторое время тому, чтобы повысить мотивацию пациента к чтению карточки, проанализировать преимущества и недостатки чтения карточки, определить график

чтения карточки, а также выявить ожидаемые автоматические мысли, которые могут помешать выполнению этого задания и созданию адаптивного ответа на них.

## ТЕХНИКА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОГО ПРИБЛИЖЕНИЯ

Путь к успеху порой долог и непрост. Пациенты огорчаются, когда осознают, насколько далека от них конечная цель, вместо того чтобы обратить внимание на уже достигнутые успехи. Графически изобразив ступени прогресса, терапевт может обнадежить пациента и улучшить его настроение (рис. 12.6).

Т: Салли, похоже, вам страшно даже представить себя свободно выступавшей на занятиях, хотя вам хотелось бы этому научиться.

П: Да.

Т: Давайте попробуем разбить это на несколько шагов: например, можете ли вы начать с того, чтобы после занятий задать вопрос преподавателю или сокурснику?

П: Наверное, смогу.

**Копинг-карточка тип 2**

**Стратегии, с помощью которых я могу справиться с тревожностью**

1. *Заполнить бланк для работы с отрицательными мыслями (РДМ).*
2. *Прочитать копинг-карточки.*
3. *Позвонить другу.*
4. *Прогуляться или выйти на пробежку.*

**Копинг-карточка тип 3**

**Когда я собираюсь обратиться к преподавателю за помощью**

1. *Напомнить себе, что в этом нет ничего особенного. Самое плохое, что может произойти, — преподаватель будет со мной груб.*
2. *Помнить, что это эксперимент. Даже если он не увенчается успехом, для меня это будет полезной тренировкой.*
3. *Если преподаватель будет со мной груб, это не имеет ко мне никакого отношения. Он может быть занят или расстроен из-за кого-нибудь другого.*
4. *Даже если он откажется мне помочь, что с того? Это будет его ошибкой как преподавателя, но не моей — как студентки. Это будет означать, что он не выполняет свои обязанности.*
5. *Поэтому сейчас я должна позвонить в дверь его кабинета. Помнить, что даже в худшем случае это окажется для меня хорошей практикой.*

**Рис. 12.5.** Копинг-карточки 2-го и 3-го типов

Т: Каким может быть следующий шаг? *(Терапевт помогает Салли определить этапы на пути к достижению основной цели, представленные на рис. 12.6.)*

Т: Вам по-прежнему страшно думать о том, чтобы свободно высказывать свое мнение на занятиях?

П: Да.

Т: *(Рисует ступени, как изображено на рис. 12.6.)* Взгляните. Вы начнете с этого, самого простого действия, лишь немного трудного для вас. Потом, полностью освоившись на этой ступени, вы сделаете следующий шаг. И помните: прежде чем сделать последний шаг, вы должны чувствовать себя совершенно комфортно на предыдущей ступени. Это понятно?

П: Да, вполне.

Т: Итак, каждый раз, задумавшись о своей цели, напомните себе об этой лестнице, особенно о той ступени, на которой вы находитесь в данный момент,

и о том, что со временем вы подниметесь на самый верх лестницы. Как вы думаете, ослабнет ли ваша тревога?

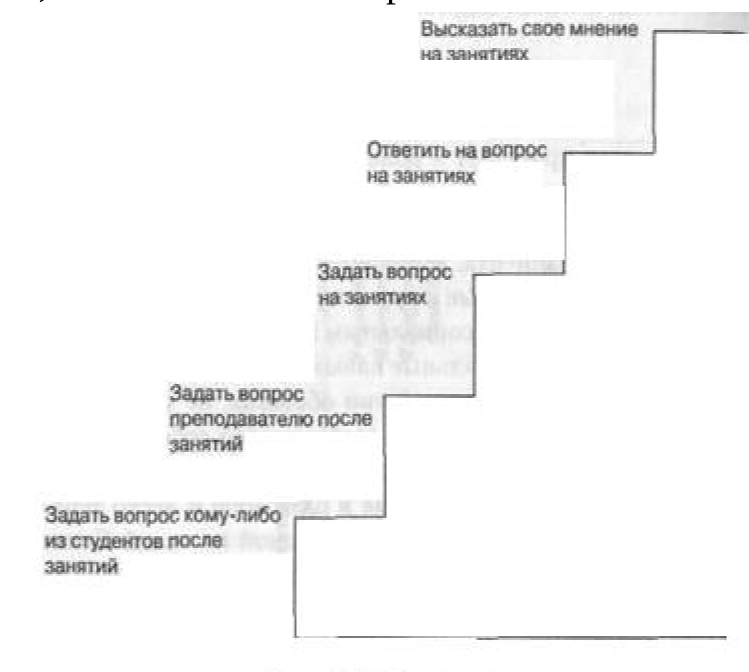



**Рис. 12.6.** Шаги к цели

Пациенту надо начинать с выполнения задания, которое вызывает у него слабую или умеренную тревогу, и выполнять его ежедневно или даже несколько раз в день до тех пор, пока тревога значительно не уменьшится. Затем терапевт побуждает пациента шагнуть на следующую ступень воображаемой лестницы и т.д.

Терапевт может обсудить с пациентом возможности применения различных копинг-техник, освоенных ранее: это бланк для работы с дисфункциональными мыслями (РДМ), копинг-карточки, релаксация и т.д. С пациентами, ярко демонстрирующими стратегии уклонения, полезно провести предвари тельное проигрывание ситуации (см. главу 14), чтобы выявить их автоматические мысли или поводы не выполнять это задание. Кроме того, терапевт моя предложить пациенту одновременно с прохождением воображаемых ступеней (выполнением все более сложных заданий) заполнять таблицу видов деятельности. Можно использовать готовый бланк или персонализированный. Во втором случае это может быть либо упрощенный вариант, в котором отмечаются только дата, вид деятельности и сопутствующий уровень тревоги, либо более полный (рис. 12.7), когда пациент отмечает также

свои предположения и вычеркивает те из них, которые не оправдались, — это позволяет пациенту осознать,

что его мысли могут быть неточными. В различных источниках можно найти подробные описания процесса создания иерархий заданий при агорафобии (например, Goldstein & Stainback, 1987) [8] .

## РОЛЕВАЯ ИГРА

Когнитивный терапевт прибегает к ролевой игре во многих случаях и с различными целями. Описания этой широко распространенной техники приведены в разных главах этой книги. С помощью ролевой игры терапевт выявляет автоматические мысли пациента, помогает ему сформулировать адаптивный ответ, а также изменить глубинные и промежуточные убеждения. Ролевая игра полезна при обучении пациента социальным навыкам и их отработке.

У некоторых пациентов социальные навыки выражены слабо. Другим, в совершенстве освоившим единственный тип общения, не удается менять его в зависимости от требований ситуации и особенностей собеседника. Салли, например, неплохо удавалось заботиться об окружающих и проявлять эмпатию. Но она не умела отстаивать свое мнение в разговоре и легко теряла уверенность в себе. Улучшение этого навыка было одной из целей Салли, поэтому терапевт разыгрывал с ней множество ролевых игр, постепенно укрепляя ее чувство уверенности в себе.

П: Даже не представляю, как мне заговорить с преподавателем.

Т: Вы хотите, чтобы он помог вам разобраться в теме, не так ли? Как вы могли бы попросить его?

П: ...Я не знаю.

Т: Давайте разыграем ролевую игру. Я буду представлять вас, а вы - своего преподавателя. Вы можете сделать его поведение совершенно лишенным логики, необъяснимым.

П: Хорошо.

Т: Я начинаю. Кх... Профессор X, разрешите к вам обратиться. Не могли бы вы помочь мне разобраться в этой теме?

П: *(Грубо.)* Я, кажется, на прошлой неделе объяснял это на лекции. Вы присутствовали?

Т: Да. Но я не поняла...

П: *(Прерывает.)* Тогда прочитайте главу в учебнике.

| Дата | Вид активности | Ожидаемый уровень тревоги | Действительный уровень тревоги | Предположения | Использованные копинг-техники |
|---|---|---|---|---|---|
| *4.04* | *Задать вопрос на занятиях* | *80* | *50* | *У меня не получится. Я потеряю дар речи. Я буду выглядеть полной дурой.* | *Перед занятием — бланк РДМ и чтение копинг-карточки.* |

**Рис. 12.7.** Персонализированная таблица видов деятельности

Т: Я уже прочитала. Но это не помогло. Поэтому я обращаюсь к вам.

П: И что вам непонятно?

Т: Прежде чем прийти к вам, я пыталась сформулировать конкретный вопрос, но у меня ничего не получилось. Я хотела бы обсудить с вами эту тему в целом.

П: Знаете, я сейчас очень занят. Обратитесь-ка лучше к кому-нибудь из ваших товарищей.

Т: Я решила обратиться прямо к вам. И поэтому пришла сюда, в ваше приемное время. Но я могу прийти в четверг, когда у вас снова будет приемный день.

П: Но это же очень простая тема. Вы действительно могли бы обратиться к вашим товарищам...

Т: Я уже пробовала. Но мне необходимо больше помощи. Я приду к вам в четверг. ...Все, игра закончена. Давайте проанализируем ее, а затем поменяемся ролями и сыграем еще раз.

Прежде чем обучать пациента социальным навыкам, терапевт оценивает уровень их развития. Многие пациенты точно знают, что им нужно делать или говорить, но из-за своих негативных предположений затрудняются использовать эти знания на практике (например, "Если я выскажу мнение, мне прикажут замолчать", "Если я стану настаивать на своем, собеседник обидится / разозлится / подумает, что я сумасшедшая"). Чтобы оценить развитость социальных навыков пациента, терапевт предлагает ему представить позитивный исход ситуации: "Если бы вы наверняка знали, что помощник преподавателя охотно вам поможет, как бы вы к нему обратились?", "Если бы вы были уверены в том, что у вас есть право получить эту помощь, как бы вы действовали?", "Если бы вам было известно, что профессор успокоится и осознает, что он был не прав по отношению к вам, что бы вы ему ответили?".

Другой признак того, что проблема в большей степени связана с дисфункциональными убеждениями, а не с недостатком навыков, — использование этих навыков пациентом в ином контексте. (Например, пациент может быть вполне уверен в себе на работе, но не с друзьями.) В этом случае терапевту нет необходимости проводить ролевую игру, обучая пациента уверенности в себе. С другой стороны, он может

применить ролевую игру, чтобы помочь пациенту выявить его автоматические мысли в состоянии уверенности в себе или предугадать мысли и чувства другого человека при смене ролей.

## ТЕХНИКА "ПИРОГА"

В некоторых случаях пациентам полезно представить свои идеи в наглядной форме, например с помощью техники "пирога", или круговой диаграммы. Этот метод обладает широким спектром применения. Так, он позволяет пациентам определить цели или свою долю ответственности за тот или иной исход событий. Оба примера проиллюстрированы ниже.

### Определение целей

Когда пациенту не удается распознать собственные трудности и определить желаемые изменения, или если пациент не осознает, насколько сильно нарушена его жизнь, ему полезно составить графическое изображение воображаемой (идеальной для него) и реальной ситуации.

Т: Салли, похоже, вы понимаете, что вам необходимы перемены, но не можете определить, какие именно.

П: Точно.

Т: Чтобы разобраться, давайте немного порисуем.

П: Хорошо.

Т: Вначале мы представим в виде диаграммы вашу реальную жизненную ситуацию, а затем подумаем над тем, какой расклад был бы для вас идеальным. Подумайте, сколько времени вы уделяете следующим сферам своей жизни.

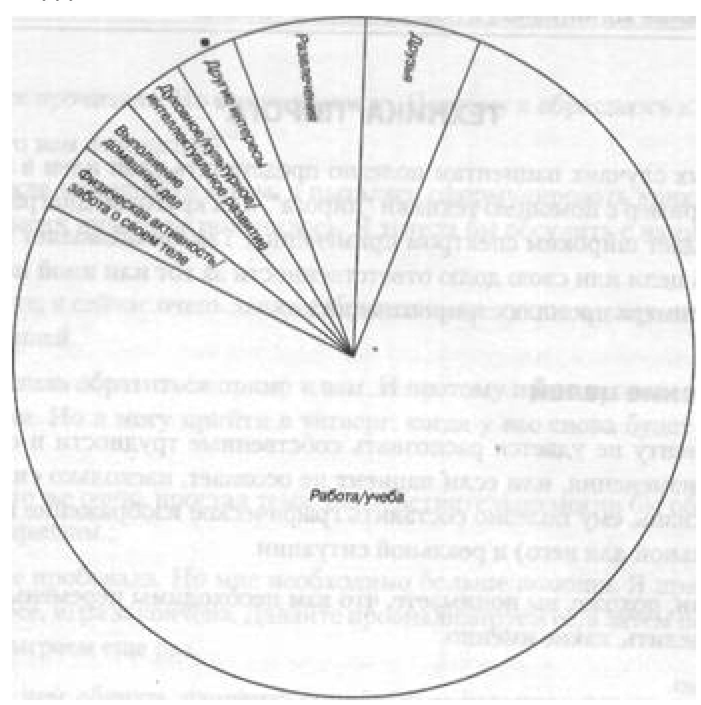
| | |
|---|---|
| Учеба/подготовка к занятиям | Физическая активность/забота о своем теле |
| Друзья | Ведение домашнего хозяйства |
| Развлечения | Духовное/культурное/интеллектуальное развитие |
| Семья | Другие интересы |

Т: Нарисуйте круг и разделите его на секторы, величина которых будет п мерно соответствовать тому, насколько представлен в вашей жизни каждый этих аспектов.

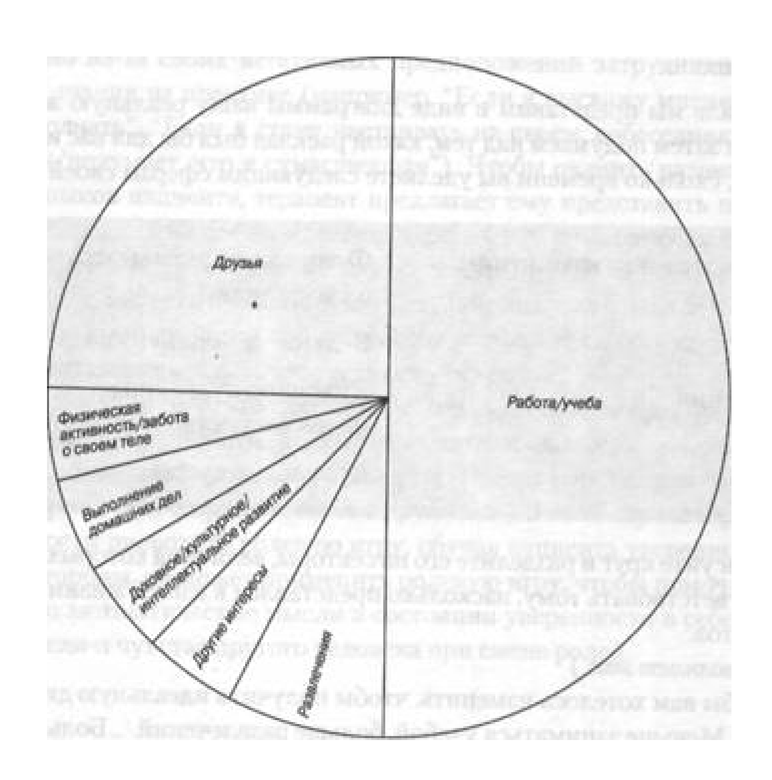
П: *(Выполняет это.)*

Т: Что бы вам хотелось изменить, чтобы получить идеальную диаграмму?

П: Ну... Меньше заниматься учебой, больше развлечений. ...Больше общаться с друзьями, чаще заниматься спортом и волонтерской работой с детьми…




Действительная ситуация




Идеальная ситуация

Рис. 12.8. Применение техники "пирога" для определения целей

Т: Хорошо. Изобразите все то.

П: (*Рисует и заполняет "идеальную" диаграмму.*) Правда, если я буду меньше заниматься, я стану учиться еще хуже...

Т: Запишите это предположение. Если оно оправдается, вы всегда можете вернуться к нынешнему объему учебы. Но ведь все может сложиться иначе. Например, если вы немного отвлечетесь от учебы и станете уделять больше времени занятиям, которые доставляют вам удовольствие, улучшится ваше настроение. Значит, повысится концентрация внимания и учеба будет более успешной. Что вы на это скажете?

П: Не знаю.

Т: В любом случае надо проверить это предположение. Посмотрим, как будут развиваться события.

П: Что мне известно наверняка, так это то, что сейчас я учусь плохо.

Т: Мы постараемся гармонизировать вашу жизнь, чтобы вы занимались тем, что вам нравится, и лучше учились, затрачивая на это меньше усилий. (*Терапевт помогает пациентке наметить*

*конкретные цели, которые позволят девушке приблизить свою реальную жизненную ситуацию к идеальной модели.*)

## Оценка сочетания различных факторов, повлиявших на негативный исход

Техника "пирога" также позволяет пациенту осознать все многообразие причин того или иного события ( рис. 12.9 )




Рис. 12.9. Техника "пирога" для определения причин

Т: Салли, насколько вы убеждены в том, что получили на экзамене "С" (соответствует оценке "удовлетворительно". - *Примеч.ред.)* из-за своей абсолютной неспособности?

П: Почти на 100%.

Т: А может быть, есть и другие причины?

П: ...Там было несколько вопросов, которые нам никогда не объясняли на лекциях.

Т: Что-нибудь еще?

П: Не знаю. Несколько тем я выучила, но в моем билете ни одной из них не оказалось.

Т: Похоже, вам не повезло.

П: Угу. Из всех вопросов моего билета я немного знала только один. С остальными я попыталась угадать, но у меня ничего не получилось.

Т: Есть ли еще причины того, что вы не сдали этот экзамен так хорошо, как хотели бы?

П: Гм. Наверное, нет.

Т: А как его сдали остальные студенты?

П: Я не знаю.

Т: Можете ли вы назвать этот экзамен сложным?

П: Да, он был очень сложным.

Т: Можете ли вы сказать, что преподаватель хорошо подготовил вас, доступно объяснил весь материал?

П: Нет. В основном я готовилась по учебнику. И я слышала, что другие студенты жаловались друг другу, что не понимают объяснений преподавателя.

Т: Можете ли вы сказать, что вам было сложно сосредоточиться на подготовке к экзамену из-за депрессии и повышенной тревожности?

П: Конечно.

Т: Теперь давайте все это изобразим графически. Вот круг, который мы разделим на секторы и отметим, что вы получили на экзамене "С", потому что:

• преподаватель плохо объяснял материал;

• экзамен был очень сложным;

• вам не повезло, поскольку тех вопросов, которые вы выучили, в вашем билете не оказалось;

• конспект, который вы взяли у подруги, чтобы подготовиться, оказался неполным;

• вам пришлось отвечать на вопросы, которые ни разу не обсуждались на лекциях;

• депрессия и повышенная тревожность помешали вам как следует сосредоточиться на подготовке;

• в глубине души вы чувствуете себя неспособной.

*(Пациентка заполняет круговую диаграмму, рис. 12.9.)*

Т: Секторы получились почти одинаковыми по размеру. Насколько вы сейчас верите в то, что получили на экзамене "С" по причине своей неспособности?

П: Меньше. Может быть, на 50%.

Т: Отлично!

Представляя альтернативные причины возникновения ситуации, терапевт побуждает пациента оценить дисфункциональное предположение (в данном случае "Я неспособна") и выработать более рациональное падение, учитывающее все возможные объяснения.

# ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СРАВНЕНИЯ И ПОХВАЛЬНЫЕ ДЕЛА

Пациенты, страдающие психиатрическими расстройствами, допускают негативные искажения в обработке поступающей информации, особенно когда дело касается самооценки. Такие пациенты склонны замечать доводы, которые можно истолковать как негативные, и пренебрегают позитивной информацией (либо обесценивают или даже забывают ее). Кроме того, эти пациенты зачастую используют одно из двух дисфункциональных сравнений: сравнивают себя в данный момент с тем, какими они были до начала заболевания, или с другими людьми, не имеющими психиатрического диагноза. Эти дисфункциональные сравнения усиливают дисфорию.

## Изменение самосравнений

В следующем примере терапевт помогает пациентке понять, что ее избирательное негативное внимание и сравнения дисфункциональны. Затем он обучает девушку проводить обоснованные сравнения (принимая в расчет свое худшее состояние) и замечать похвальные дела.

Т: Салли, похоже, вы очень строги к себе. Скажите, вы сделали на прошлой неделе что-нибудь такое, за что можете себя похвалить?

П: Ну... я написала сочинение по литературе.

Т: Что еще?

П: Гм... Больше ничего не приходит на ум.

Т: А может, вы просто не заметили некоторых своих поступков? П: Не знаю.

Т: Вот например, сколько занятий вы посетили?

П: Все, которые есть в моем расписании.

Т: Сколько раз вы вели конспект?

П: На каждом занятии.

Т: Для вас это было не сложно? Или пришлось заставлять себя приходить на занятия и стараться сосредоточиться?

П: Мне было сложно. Но это неправильно. Наверное, никому из студентов не приходится заставлять себя ходить на занятия и писать конспекты...

Т: Салли, сейчас вы сравниваете себя с другими людьми. Часто вы так поступаете?

П: Наверное, часто.

Т: Но разве это обоснованные сравнения? Относились бы вы к себе так же строго, если бы, скажем, старались посещать занятия и писать конспекты, заболев воспалением легких?

П: Нет, это законная причина плохо себя чувствовать.

Т: Точно. Но разве сейчас у вас нет законной причины плохо себя чувствовать? Разве вы не заслуживаете похвалы, когда пытаетесь заставить себя что-то делать? Помните, на первой сессии мы обсуждали симптомы депрессии: повышенная утомляемость, нехватка сил, трудности с концентрацией внимания, нарушения сна и аппетита и т.д.?

П: Угу.

Т: Так, может быть, учитывая, что у вас депрессия, вы все-таки *заслуживаете* похвалы, чтобы начать действовать? П:

Я *так* об этом не думала...

Т: Давайте коснемся двух вопросов: что делать, если вы начинаете сравнивать себя с окружающими, и как научиться хвалить себя. Итак, что происходит с вашим настроением, когда вы сравниваете себя с другими людьми, например,

думаете: "Никому из студентов не приходится заставлять себя ходить на занятия и писать конспекты"?

П: Оно ухудшается.

Т: А что произойдет, если вы скажете себе: "Подожди-ка минутку! Это бессмысленное сравнение. Лучше я сравню себя *с самой собой*, когда я была в худшем состоянии, когда я с утра до вечера не вставала с постели и пропускала почти все занятия"?

П: Я пойму, что сейчас делаю больше.

Т: И ваше настроение ухудшится?

П: Нет, наоборот, улучшится.

Т: Попробуете выполнить это сравнение в качестве домашнего задания?

П: Угу.

Т: Тогда запишите: "Заметить, когда я сравниваю себя с другими людьми, не страдающими депрессией. Напомнить себе, что такое

сравнение бессмысленно, и вместо этого сравнить себя со мною же, только в худшем состоянии".

У пациента также могут быть автоматические мысли, в которых он сравнивает себя с желаемой моделью ("Я должна была бы легко разобраться в этой теме") или с собой, но только до начала депрессии ("Раньше это давалось мне без труда"). В этом случае терапевт также обращает внимание пациента на прогресс, достигнутый по сравнению с самым худшим состоянием, а не с прежним (самым лучшим), или с тем путем, который еще предстоит пройти, чтобы вернуться к прежнему состоянию.

В последнем примере терапевт уверен, что Салли уже достигла некоторого успеха и что она сама осознает это. В противном случае он поинтересовался бы, когда у пациента было наихудшее состояние: "Когда была худшая точка для вас? Какой была тогда ваша жизнь?", "Чем вы тогда занимались?". Если пациент обоснованно отвечает, что худшее состояние он переживает прямо сейчас, терапевт пробует иной подход: "Похоже, вас очень огорчает сравнение себя с другими людьми или с моделью - каким вам хотелось бы быть. Лучше напомните себе, что у вас есть список целей и мы вместе принимаем меры, чтобы у вас произошли изменения. Вспомните, что мы с вами — команда и вместе работаем над тем, чтобы помочь вам стать таким, как вы хотите. Если вы сделает это, что произойдет с вашим настроением?"

## Список похвальных дел

Похвальные дела - это ежедневные положительные поступки, совершен пациентом, или действия, за которые он заслуживает похвалы. (См. рис.12.10.) Как обычно, вначале терапевт дает логическое обоснование.

Т: Салли, я хочу предложить вам полезное домашнее задание. Мы не раз отмечали, насколько вы преуспели в самокритике и самообвинении. Что происходит с вашим настроением, когда у вас возникают мысли "Я должна была бы сделать это лучше" или "Напрасно я пыталась"?

П: Мне становится хуже.

Т: Правильно. А как вы думаете, что произойдет, если вы попытаетесь замечать свои положительные поступки?

П: Наверное, мне станет лучше.

Т: Допустим, я заболел воспалением легких, но все-таки сделал над собой усилие, выбрался из кровати, пришел на работу, принимал пациентов, работал с документами и т.д. Заслуживаю ли я похвалы?

П: Конечно.

Т: Даже если все это получалось у меня хуже, чем обычно?

П: Да.

Т: Потому что я вполне мог вместо этого остаться дома, натянуть на голову одеяло и весь день провести в постели.

П: Правильно.

## Список достижений

**(Мои хорошие поступки или то, что было сложным, но мне удалось)**

**1.** *Пыталась понять новую тему на лекции по статистике.*

*2. Закончила писать отчет и сдала его преподавателю.*

*3. За обедом поговорила с другом Джулии.*

*4. Позвонила Джону,* чтобы узнать, что задано по химии.

5. *Приготовила ужин, вместо того чтобы лечь спать.*

*6. Прочитала главу 5 учебника по экономике.*

**Рис. 12.10.** Список похвальных дел ("Список достижений" Салли)

Т: А справедливо ли все это в отношении вас самой? Заслуживаете ли *вы* хотя бы небольшой похвалы - своего рода аванса, чтобы начать действовать?

П: Наверное, да...

Т: Между сессиями вам, возможно, будет непросто вспомнить о необходимости хвалить себя. Поэтому я предлагаю заранее составить список. Как вам эта идея?

П: Я попробую.

Т: Если не возражаете, давайте начнем прямо сейчас. Как мы назовем этот список? Список похвальных дел? Список достижений? Или как-нибудь иначе?

П: Пусть будет "Список достижений".

Т: Хорошо. Сейчас вы заполните его, отметив поступки, за которые заслуживаете похвалы, - что было сложным, но удалось вам.

П: Хорошо. *(Записывает указания терапевта.)*

Т: Давайте начнем с сегодняшнего дня. Чем вы сегодня занимались?

П: *(Записывает и комментирует.)* Так, надо вспомнить... Я пришла на занятие по статистике... и пыталась разобраться в новой теме, хоть это было непросто... Я закончила писать свой отчет и сдала его... Я поговорила с другом моей соседки по комнате, который приходил к нам на обед...

Т: Хорошее начало. Сможете ли вы выполнять это задание каждый день?

П: Смогу.

Т: Мне кажется, вы запомните свои положительные поступки в десять раз лучше, если будете записывать их, едва вспомнив. Но если такой возможности не представится, старайтесь делать записи, как минимум, во время обеда, ужина и перед сном. Получится у вас?

П: Да.

Т: Надо ли записать, *зачем* вам нужно это задание?

П: Нет, я запомню. Это поможет мне сосредоточиться на хорошем, чтобы мое состояние улучшилось.

Составление списка похвальных дел в начале терапии готовит пациента к более позднему заданию: поиску позитивных данных для бланка для работы с глубинными убеждениями (РГУ) (глава 11).

Итак, существует множество когнитивных и поведенческих техник; в этой книге представлены самые распространенные. Чтобы расширить репертуар используемых техник, обратитесь к дополнительной литературе.

# ГЛАВА 13 ОБРАЗНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

У многих пациентов автоматические мысли возникают не только в виде невысказанных слов, но также в форме мысленных картин или образов (Beck & Emery, 1985). Например, у Салли была мысль: "Если я попрошу помощи у преподавателя, он подумает, что я ему навязываюсь". В ходе беседы терапевт определил, что Салли помимо этой вербальной автоматической мысли одновременно представляла себе преподавателя, который, нахмурившись, смотрел на нее сверху вниз и выглядел очень раздражённым, в то время как она задавала ему волнующий ее вопрос. Эта картина и есть образная автоматическая мысль.

Из этой главы вы узнаете, как обучать пациентов выявлению их спонтанных образов и как осуществлять терапевтическую работу с двумя видами образов - спонтанными и намеренно вызванными. Хотя визуальные образы возникают у большинства пациентов, лишь немногие сообщают о них. Чтобы выявить образные автоматические мысли, зачастую недостаточно простого вопроса, даже повторенного несколько раз. Образы нередко слишком мимолетны и неприятны пациенту. Неудивительно, что их стараются как: можно скорее стереть из памяти. Если травмирующие образы остаются нераспознанными и непроработанными, дистресс пациента продолжает усугубляться.

Терапевт рассказывает пациенту об автоматических мыслях, принимающих форму образов, уже на первой терапевтической сессии (см. главу 3).

## ВЫЯВЛЕНИЕ ОБРАЗОВ

Чтобы научить пациента распознавать болезненные представления, терапевт пробует либо выявить спонтанный образ, возникающий у пациента, либо *намеренно* вызвать его во время сессии. В следующем примере терапевт выясняет, есть ли у Салли спонтанный образ, который появляется одновременно с вербальной автоматической мыслью.

Т: Итак, у вас есть мысль: "Если я попрошу помощи у преподавателя, он подумает, что я ему навязываюсь", и вы тревожитесь, правильно?

П: Да.

Т: А скажите, когда вас посещает эта мысль, представляете ли вы какую-нибудь картину?

П: Что вы имеете в виду?

Т: Представляете ли вы, как может выглядеть ваш преподаватель, когда вы обращаетесь к нему с просьбой о помощи? Выглядит ли он довольным? (*Чтобы помочь пациенту сосредоточиться, терапевт предлагает вариант, противоположный ожидаемому.)*

П: Нет, он хмурится...

Т: Что вы еще представляете? Где, например, вы находитесь? В аудитории?

П: Нет. Я представляю, что стучу в дверь его кабинета, захожу и говорю ему, что не поняла тему, которую он объяснял на лекции.

Т: И что потом?

П: Я вижу, как он хмурится, смотрит на меня сверху вниз и выглядит очень недовольным.

Т: Что-нибудь еще?

П: Нет, это все.

Т: Хорошо. Эту картину, или представление, мы называем образом.

Иногда пациенту трудно уловить суть, когда терапевт использует лишь слово "образ". Поэтому не забывайте о синонимах - *мысленные картины, видения, фантазии, представления, воспоминания* и др. Если бы Салли не удавалось сообщить о своем образе, терапевт продолжил бы разъяснения с использованием некоторых из этих слов-синонимов. В том случае, если бы одной из терапевтических целей данной сессии было помочь пациентке выявлять се образы, терапевт постарался бы вызвать у нее нейтральный или позитивный образ ("Опишите, пожалуйста, что вы видите из окна своего дома" или "Представьте, что вы входите в это здание. Что вы видите?"). В некоторых случаях терапевт вызывает у пациента образ, касающийся травмирующей ситуации, как показано ниже.

Т: Салли, вы представляли, как может выглядеть ваш преподаватель, когда вы обратитесь к нему за помощью? Будет ли он довольным?

П: Нет, я его совсем не представляла.

Т: Попробуйте сделать это сейчас! Вообразите, что вы приходите к Где и когда вы можете застать его? *(Помогает пациентке*

*сосредоточиться ).*

П: Наверное, во вторник - это его приемный день.

Т: Значит, во вторник он должен быть в своем кабинете?

П: Да.

Т: В каком здании расположен его кабинет?

П: В Беннет-Холл.

Т: Можете ли вы представить, будто сейчас вторник, вы заходите в Беннет-Холл... Поднимаетесь в его кабинет... Постарайтесь увидеть обстановку так, будто все это происходит прямо сейчас. Дверь открыта или заперта?

П: Закрыта.

Т: Представьте, что вы стучите в дверь. Что вы слышите в ответ?

П: Он говорит: "Войдите". *(Копирует резкий, сердитый* голос *преподавателя.*

Т: Теперь вы заходите в его кабинет. Взгляните на его лицо...

П: Он нахмурился...

Т: И что происходит потом? *(Терапевт помогает пациентке развивать образное представление дальше, до тех пор, пока оно не достигнет самого неприятного для Салли момента)* Итак, эта сцена, которую вы только что нарисовали в своем воображении, называется образом. А не создавали ли вы в своём уме образ, подобный этому, когда на прошлой неделе собирались пойти к преподавателю на консультацию?

Т: Может быть... Но я не уверена...

Т: В качестве домашнего задания попробуйте помимо вербальных автоматических мыслей выявить образы, посещающие вас в те моменты, когда ваше настроение ухудшается.

П: Хорошо.

## РАЗЪЯСНЕНИЕ ПАЦИЕНТУ ПРИРОДЫ ОБРАЗНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ

Даже те пациенты, которые легко распознают образы, зачастую не сообщают о них терапевту. Причина в том, что эти представления могут быть очень яркими и в то же время крайне неприятными, и пациенты сопротивляются перспективе заново пережить дистресс или боятся "уронить" свое достоинство в глазах терапевта.

Заподозрив один из этих сценариев, терапевт разъясняет пациенту природу его образных представлений.

Т: Салли, я не знаю наверняка, бывают ли у вас образные представления. У большинства людей они есть, но гораздо легче заметить эмоцию, сопутствующую образу, чем сам образ. Иногда представления могут быть очень странными или просто грустными, страшными, тревожными... Единственная проблема заключается в том, что иногда человек думает, будто с ним что-то не так, поскольку его посещают такие представления. А вы можете вспомнить какие-нибудь образы, которые появлялись у вас недавно?

П: Нет, наверное.

Т: Ладно. Мы договорились, что на следующей неделе вы попробуете отследить мысленные картины, которые возникают у вас в моменты ухудшения настроения. Потом я расскажу вам, что с ними делать.

Разъясняя природу образных представлений, терапевт способствует снижению тревоги у пациента и, кроме того, повышает вероятность успешного выявления им конкретных образов, связанных с его текущими трудностями. В предыдущем примере терапевт отмечает, что пациент научится отвечать на образы, предполагая, что он *способен* контролировать свое эмоциональное состояние.

В работе над образами терапевт должен проявить терпение и настойчивость. Большинство пациентов вначале не отдают себе отчета в своих представлениях, и многие терапевты после нескольких неудачных попыток отказываются, к сожалению, от дальнейших усилий в этом направлении.

Если в то время, когда пациент описывает ситуацию, образ возникает у самого терапевта, он может использовать свою мысленную картину, чтобы в итоге выяснить, что представляет пациент.

Т: Салли, я не знаком с вашей соседкой по комнате, но когда вы рассказывали мне, насколько сильно вы боитесь ее реакции, я словно *увидел* ее прямо перед собой. А вы представляли себе когда-нибудь, как она может выглядеть, когда вы решитесь поговорить с ней о шуме в комнате?

Если пациенту по-прежнему не удается выявить спонтанные образы, терапевт вызывает у него нейтральную картину. "Вы представляли, как я могу выглядеть, еще до нашего знакомства? Или

каким будет мой офис? ...Опишите мне мысленные картины, которые вы рисовали в своем воображении... Эти картины мы называем образами". В другом случае терапевт просит пациента вспомнить какое-либо событие: "Как вы добирались сюда? Вспомните, как вы ехали на автобусе. Можете вообразить, что это происходит прямо сейчас? Много ли вокруг вас пассажиров? В какой части автобуса вы сидите? Кто сидит рядом с вами? Как он выглядит?"

# ПОИСК ОТВЕТА НА СПОНТАННЫЕ ОБРАЗЫ

Убедившись, что пациента посещают неприятные образные представления, терапевт обучает его нескольким способам ответа на них, предваряя разъяснения логическим обоснованием.

Т: Салли, у вас есть несколько возможностей разобраться с подобными мысленными картинами. И сейчас я расскажу вам о них. Трудно предсказать заранее, в каком случае какая техника окажется наиболее полезной, поэтому мы потренируемся, чтобы в будущем вы знали, из чего можете выбирать.

Существует несколько способов ответа на спонтанно возникающие представления. Первые шесть из них позволяют пациенту взглянуть на ситуацию другими глазами и тем самым снизить остроту неприятных эмоциональных переживаний; последняя техника, предполагающая переключение внимания, дает пациенту временную передышку, служит своеобразной "скорой помощью". Терапевт обязательно подчеркивает, что для овладения всеми этими техниками и их эффективного применения требуется практика: многократные упражнения во время сессий и между ними.

## Завершение образа

Эта техника зачастую бывает самой эффективной, и поэтому ее можно представить пациенту первой. С ее помощью терапевту удастся лучше концептуализировать проблему пациента, осуществить когнитивную перестройку травмирующего образа и добиться улучшения состояния пациента. Техника заключается в том, что терапевт побуждает пациента развивать спонтанно возникший образ до тех пор, пока не произойдет одно из двух:

• пациент мысленно минует кризисную точку, и его состояние улучшится;

• в конце концов пациент дойдет в своем воображении до катастрофы, например до смерти.

В последнем случае терапевт получает возможность выявить наиболее пугающие пациента последствия и выяснить значение для него катастрофы.

Новые данные позволят ему эффективно продолжить терапевтическое вмешательство. Ниже представлен пример, в котором события разворачиваются по первому сценарию: пациентка представляет прохождение через определенные сложности и в итоге испытывает эмоциональное облегчение.

Т: Хорошо, Салли, представьте это еще раз, так живо, как будто это происходит наяву, и дайте мне знать, когда у вас получится.

П: Я сижу в классе. Начинается контрольная работа. Преподаватель раздаст задания. Я читаю свое задание... В голове у меня пусто. Перечитываю вопросы, но ничего не понимаю. И думаю: "Вот я и попалась. Это ловушка. Конец".

Т: И вы чувствуете...

П: Мне очень, очень страшно.

Т: Что-то еще происходит?

П: Нет.

Т: Это очень типично: вы остановили свой образ *на самом худшем* моменте, когда вы чувствуете, что в голове у вас пусто и вы "в ловушке". Попробуйте представить, что происходит потом.

П: Гм... Я не знаю...

Т: Бы пребываете в этом состоянии целый час или дольше?

П: Манерное, нет.

Т: Тогда представьте, что происходит потом. Вы сидите на своем месте, оглядываетесь по сторонам, видите других студентов. Вы действительно в ловушке?

П: Нет...

Т: Расскажите, что происходит потом?

П: Я снова читаю свой билет, но не могу сосредоточиться.

Т: Потом?

П: Я пытаюсь что-то вспомнить... Первый вопрос мне совершенно непонятен.

Т: Так, что дальше?

П: Читаю следующий вопрос. Я не уверена, что именно нужно отвечать.

Т: Потом что?

П: Я прочитываю все вопросы, пока не нахожу тот, по которому я хоть что-то знаю.

Т: Что потом?

П: Наверное, я пишу ответ...

Т: Вы видите себя пишущей ответ?

П: Да.

Т: Очень хорошо. И что дальше?

П: Я опять читаю вопросы, пока не нахожу такой, на который могу ответить.

Т: Что потом?

П: Потом я возвращаюсь к первым вопросам и пытаюсь хоть что-нибудь написать.

Т: Хорошо. Что потом?

П: Наконец я сдаю лист с ответами. Как могла, так и написала.

Т: Что вы делаете потом?

П: Собираю свои вещи.

Т: И?..

П: Наверное, иду на следующий урок.

Т: И затем?

П: Сажусь, достаю учебник.

Т: И как вы себя сейчас чувствуете, в этом образе?

П: По-прежнему немного неуверенно. Я не знаю, как я написала контрольную.

Т: Это лучше, чем вы чувствовали себя в начале, с пустой головой и в ловушке?

П: Да, конечно. Намного лучше.

Т: Хорошо. Давайте посмотрим, что нам удалось сделать. Во-первых, вы выявили неприятный образ, который остановили в самой худшей точке. Затем вы стали представлять, что может произойти потом. Вы разворачивали мысленную картину до тех пор, пока вам не стало лучше. Эту технику мы называем завершением образа. Как вы думаете, пригодится ли она вам в будущем.

В этом примере пациентке легко удалось привести воображаемую ситуацию к разумному исходу. Но в некоторых случаях терапевт предлагает *изменить* описываемую картину.

Т: Расскажите, что происходит потом? ...Если вы сидите на своем месте, оглядываетесь по сторонам, видите других студентов, вы действительно в ловушке?

П: Я не знаю. Я *чувствую,* что я в ловушке.

Т: Что происходит дальше?

П: Не знаю. Я сижу и чувствую, что я в ловушке.

Т: Можете ли вы увидеть, как вы пошевелились, делаете глубокий вдох, смотрите в окно?

П: Угу.

Т: Можете ли вы увидеть, как вы трете шею, чтобы снять излишнее напряжение?

П: Да.

Т: Хорошо, а готовы ли вы сейчас, в вашем образе, еще раз прочитать задания, чтобы найти что-нибудь понятное вам?

П: Да.

Т: Вы можете представить, как делаете это? Что происходит?

П: Я нахожу легкий вопрос.

Т: И что потом?

Здесь терапевт, чтобы помочь пациенту выйти из тупика, вводит в образ новые элементы. Он продолжает в этом ключе до тех пор, пока пациент не подхватит его инициативу, чтобы продолжить развитие образа.

Как упоминалось выше, иногда пациент представляет картину, которая ухудшается, порой - катастрофически. В этом случае терапевт концептуализирует значение этой катастрофы для пациента и проводит соответствующее вмешательство.

Т: Итак, Мари, вы видите себя в машине, которая скатывается к ограждению моста. Постарайтесь представить эту сцену как можно отчетливее. Что происходит потом?

П: Край моста приближается. Машина надает. *(Плачет.)*

Т: (Мягко.) И что потом?

П: *(Со слезами.)* Машина полностью уходит под воду.

Т: *(Мягко.)* А вы?

П: (С *плачем.)* Я мертва.

Т: Что происходит потом?

П: Не знаю. Дальше я ничего не могу увидеть. *(Снова плачет.)*

Т: Мари, я думаю, вам необходимо заглянуть немного дальше. Что самого плохого в том, что вы умираете в этой аварии?

П: Мои дети. У них больше не будет матери. Оки никому не будут нужны.

Т: *(После паузы.)* Мари, как вы представляете это?

В этом примере попытка завершения образа приводит к катастрофе. Терапевт продолжает мягко, но настойчиво задавать вопросы и таким образом определяет значение для пациентки этой катастрофы. Далее в этой главе представлен пример, в котором применяется техника дистанцирования — это один

из способов решения проблем подобного рода. В приведенном примере пациентка обнаружила, что у нее присутствует другой образ - скорбящих детей на ее похоронах. И снова пациентка останавливает образ в самой худшей, самой неприятной точке. *(В последнем примере этой главы вы увидите, как терапевт поможет Мари представить ее детей (которые чувствуют себя гораздо лучше) спустя много лет, в будущем.)*

Итак, попытка завершения образа может пойти по двум сценариям. Либо проблема в конце концов разрешается и пациент испытывает облегчение, либо она обостряется и приобретает масштаб катастрофы. В последнем случае терапевт выявляет значение катастрофы для пациента и вскрывает новую, более глубокую проблему. Затем терапевт помогает пациенту создать копинг-образ, как показано далее в этой главе.

## Прыжок в будущее

В некоторых случаях подводить образ к завершению неэффективно, поскольку пациент продолжает представлять все больше негативных деталей, препятствий и болезненных событий, и этому не видно конца. В таком случае терапевт предлагает пациенту представить себя в каком-либо моменте ближайшего будущего.

Т: *(Подводя итог.)* Итак, Салли, когда вы представляете, как приступаете к курсовой работе, вы видите, насколько сложна эта работа, сколько от вас потребуется усилий и сколько у вас возникнет сложностей. Но если посмотреть реалистично, как вы думаете, вы все-таки осилите эту работу?

П: Наверное, да. Хотя мне, наверное, придется работать над ней и днем, и ночью.

Т: Попробуйте мысленно шагнуть в будущее и представить, что вы только что закончили писать эту курсовую. Можете ли вы вообразить эту картину. Как это будет выглядеть?

П: Думаю, да... Наверное, я делаю последнее исправление. И иду сдавать ее преподавателю.

Т: Подождите минутку. Можете ли вы еще раз представить этот эпизод, как в замедленной съемке, чтобы увидеть как можно больше подробностей, например, как вы скрепляете страницы курсовой работы или делаете копию?

П: Хорошо. Я пользуюсь компьютером в Студенческом центре. Поэтому я распечатываю две копии. Скрепляю страницы каждой копии. Кладу их светло-коричневую папку. Я складываю все в сумку, одеваюсь и иду в колледж, чтобы сдать работу преподавателю.

Т: Можете ли вы представить эту дорогу и встречу с преподавателем?

П: Да.

Т: Что вы чувствуете в этой сцене?

П: Облегчение... Как будто с моей души упал камень. Мне намного легче.

Т: Давайте посмотрим, что мы сделали. Вы представляли, как принимаетесь за контрольную работу, и чем больше вы представляли, тем больше трудностей видели и тем хуже себя чувствовали. Но когда вы представили себя в будущем и увидели, как вы завершаете курсовую, ваше состояние улучшилось. Предлагаю вам кратко описать в блокноте эту технику - прыжок в будущее, - чтобы вы могли применять ее самостоятельно, дома.

## Мысленное решение проблемы

Применяя эту технику, терапевт помогает пациенту представить, будто ему удалось разрешить трудную ситуацию, которая спонтанно возникла в его воображении.

Т: *(Подводя итог.)* Значит, вы представляете, как идете в библиотеку со своими учениками [учащимися начальной школы], и вы страшно растеряны. Один малыш начинает шалить, и вы понимаете, что не справитесь с ним, так?

П: Да.

Т: Итак, еще раз: у вас возникает картина, которую вы останавливаете на самом худшем моменте?

П: Наверное, да.

Т: Попытайтесь еще раз вызвать этот образ, но на этот раз попробуйте решать проблемы по мере их возникновения.

П: Ну... вначале этот ребенок начинает колотить в дверь библиотеки. Я шепчу ему: "Шш! Там сейчас другой класс!"

Т: И что это происходит?

П: Он начинает бегать по коридору...

Т: А вы что делаете?

П: Наверное, беру его за руку, пытаюсь отвлечь.

Диалог продолжается подобным образом до тех пор, пока пациенту не удастся справиться со сложной ситуацией. В случае необходимости терапевт помогает ему, задавая наводящие вопросы (см. раздел "Завершение образа" выше в этой главе).

В некоторых случаях пациенту полезно представить самого себя, применяющего для решения проблемы навыки, освоенные в процессе терапии, например чтение копинг-карточек, контролируемое дыхание, проговаривание формул самовнушения.

## Изменение образа

Эта техника заключается в обучении пациента выявлению образа и продумы-ванию его заново, но с измененным финалом. Обычно это ослабляет дистресс пациента и улучшает его состояние. Ниже представлены два примера использования этой техники. В первом вы увидите реалистичное изменение, а во втором - более "волшебное".

Т: Салли, в прошлый раз мы говорили о том, что вы можете сделать, если "видите" неприятные мысленные картины. Помните? ...Вам удалось применить какую-нибудь из этих техник? ...А сейчас я расскажу вам еще об одной - об определенном *изменении образа*. За последнюю неделю у вас возникали какие-нибудь представления?

П: *(После паузы.)* Да. Сегодня утром. Я думала о весенних каникулах. Я не могу поехать домой. Я должна буду оставаться здесь.

Т: Что представлялось вам?

П: Я видела себя, сидящую за столом в своей комнате, в одиночестве, подавленную и несчастную.

Т: Что-нибудь еще?

П: Нет... кроме тишины... В общежитии нет никого, кроме меня.

Т: И из-за этого вы чувствуете себя...

П: Мне грустно. Очень грустно.

Т: Салли, вы можете освободиться от власти этого образа, изменить его, если захотите. Вы - словно режиссер фильма: вам решать, что менять. Вы даже можете изменить эту "картину" волшебным способом... Вообразить то, что на самом деле никогда не произойдет. Или же создать вполне реалистичный сценарий. Я думаю, если вы попробуете это сделать, ваше самочувствие улучшится.

П: Я не совсем поняла, что нужно делать...

Т: Итак, вы сидите за столом. Что бы вам *хотелось,* чтобы произошло дальше?

П: Чтобы мне позвонила моя лучшая подруга... Или оказалось, что в обежитии кроме меня еще много других людей, и чтобы кто-нибудь постучался в мою комнату и пригласил меня пойти вместе обедать.

Т: Есть другой вариант?

П: Может быть, я вспоминаю, что сегодня происходит какое-то событие в колледже, например соревнование по бейсболу, и иду играть или смотреть его

Т: Все это - гораздо лучшие сценарии, чем первоначальный... Как вы думаете, как бы вы себя чувствовали, если бы представили, что события разворачиваются по какому-либо из них?

П: Лучше. Но как мне узнать, произойдет ли так на самом деле?

Т: Ну, прежде всего, никто из нас не знает, будете ли вы на самом деле сидеть в одиночестве в своей комнате и плакать. Что нам известно *наверняка* - эта картина заставляет вас грустить. Во-вторых, может быть, нам стоит поговорить сейчас о том, как довести этот образ до лучшего завершения. Вообразим, что вам позвонила подруга, или кто-то постучался в дверь, или вы собираетесь на какое-то веселое мероприятие.

В этом случае изменение образа приводит к развитию продуктивной дискуссии, включая решение проблем.

Некоторые образы требуют более "волшебных" изменений, что также приводит к улучшению состояния пациента и способствует началу продуктивной деятельности. Вот пример подобного изменения образа.

Т: *(Подводит итог, используя собственные слова пациента.)* Значит, вы представляете преподавателя, который, нахмурившись,

смотрит на вас сверху вниз, топает ногой и обращается к вам очень сердито и высокомерно. И вы испытываете сильную тревогу.

П: Да.

Т: Хотите изменить этот образ? Представить все по-другому?

П: Как?

Т: Не знаю... Образ вашего преподавателя напоминает мне трехлетнего ребенка в приступе гнева... Можете ли вы представить, что он уменьшается в размерах, но по-прежнему хмурится и топает ногой?

П: *(Улыбается.)* Да.

Т: Опишите мне эту новую картину как можно подробнее. *(Пациент выполняет задание.)* Как вы себя чувствуете сейчас? Вам тревожно?

П: Нет, намного меньше.

Т: Было ли этого достаточно, чтобы вы отважились договориться с ним о консультации?

П: Думаю, да.

Т: Хорошо. Давайте подведем итог. Когда вы собирались позвонить преподавателю и договориться о консультации, у вас возникал спонтанный образ, который был настолько неприятным для вас, что удерживал от столь необходимого шага. Мы изменили образ, вследствие чего тревога ослабла, и этого

оказалось достаточно для того, чтобы сейчас вы были готовы обратиться к преподавателю за помощью. Мы называем эту технику "Изменение образа".

## Проверка образа реальностью

Используя стандартный сократический диалог, терапевт обучает пациента поступать с неприятной мысленной картиной так, как с автоматической мыслью.

Т: Итак, вы представляете, что я хмурюсь и всем своим видом выражаю разочарование, когда вы сообщаете мне, что часть домашнего задания не выполнена?

П: *(Кивает.)*

Т: Каковы доказательства того, что я могу хмуриться и быть разочарованным? Есть ли доказательства противоположного?

*(Терапевт предлагает пациенту оценить спонтанно возникший образ, опираясь на вопросы, приведенные в нижней части бланка для работы с дисфункциональными мыслями (РДМ).)*

В другом случае терапевт помогает пациенту сравнить спонтанно возникший образ с тем, что происходит в действительности.

П: Вчера вечером я была в библиотеке, и мне внезапно представилось, что вокруг совершенно пусто, что мне стало очень плохо и я пытаюсь найти выход, но никто не приходит ко мне на помощь.

Т: А это правда, что библиотека была совершенно пуста?

П: Нет. Несмотря на позднее время, незадолго до закрытия, там по-прежнему были несколько посетителей.

Т: Хорошо. Такие мысленные картины, когда у вас возникает образ событий, якобы происходящих в данный момент, вы можете проверить реальностью. Спросите себя: "Пуста ли библиотека? Я действительно плохо себя чувствую?" Если бы вы знали об этом и сделали так вчера вечером, как вы думаете, что произошло бы с вашим настроением?

П: Я бы так не нервничала.

В большинстве случаев при работе с мысленными образами желательно применять методики, основанные на воображении, а не вербальные техники, поскольку мысленные картины лучше поддаются такого рода вмешательству. Однако пациенту, у которого возникает много ярких, болезненных образов, может понадобиться целый ряд техник, в том числе вербальная техника "Проверка образа реальностью".

## Многократное "проигрывание" образа

Эта техника полезна в тех случаях, когда пациент рисует в своем воображении явно преувеличенный (гиперболизированный), хотя и *не катастрофический* исход воображаемой ситуации. Терапевт предлагает пациенту снова и снова "проигрывать" этот первичный образ и обращать при этом внимание, изменяется ли сам образ и степень интенсивности связанных с ним отрицательных эмоций. При выполнении данной техники некоторые пациенты автоматически осуществляют проверку реальностью и видят каждую последующую

картину вес реалистичнее, и с каждым разом их самочувствие улучшается.

Т: Значит, Салли, вы представляете, как просите у преподавателя отсрочку в написании работы, а он начинает злиться, кричит на вас, наклоняется к вам и размахивает руками, восклицая: "Да как вы посмели! Вы же знали, когда истекает срок! Возмутительно, что вы просите меня об этом! Убирайтесь! Убирайтесь немедленно!"

П: Да.

Т: Салли, представьте, пожалуйста, снова всю эту сцену. Начните точно так же, и мы посмотрим, что произойдет.

П: *(Закрывает глаза.)*

Т: Вам удалось это? Что произошло?

П: Он сердился. Снова кричал на меня и прогонял.

Т: В этот раз он махал руками, наклонялся к вам?

П: Нет. Он просто стоял, вцепившись руками в стол.

Т: Хорошо. Пожалуйста, представьте эту сцену еще раз.

Терапевт побуждает Салли мысленно "проиграть" неприятный воображаемый эпизод трижды или четырежды. Постепенно ее образ претерпевает существенные изменения: профессор откидывается на спинку кресла, бросает на Салли раздраженный взгляд и неприветливо, но без угрозы в голосе отвечает: "Нет". Острота тревоги Салли значительно снижается.

## Замена, остановка мысленных картин и отвлечение от них внимания

Эти три техники широко распространены в работе когнитивных терапевтов. Они используются в качестве "скорой помощи" - для избавления пациентов от неприятных образов, но не приводят к значительной когнитивной перестройке.

*Остановка мысленной картины* подобна остановке автоматической мысли (Davis, Eshelman, & McKay, 1988) и может использоваться как отдельная техника либо сопровождаться заменой мысленных картин или отвлечением от них внимания. Суть в том, что пациент прерывает неприятный образ, к примеру представляя дорожный знак "STOP" или мысленно восклицая: "Стоп!" Можно предложить ему громко хлопать ладонями или производить какое-либо другое действие,

несовместимое с дальнейшим погружением в тягостные переживания. С этой целью также могут применяться техники отвлечения внимания и сосредоточения на других объектах, описанные в главе 12 применительно к работе над автоматическими мыслями.

Т: Итак, Салли, подведем итог. Когда ваше воображение начинает рисовать неприятные картины, вы не всегда способны тут же начать работать с ними. В этом случае попытайтесь остановить неприятный вам образ или отвлечься от него. Давайте попробуем потренироваться прямо сейчас на примере той мысленной картины, о которой вы мне рассказали. Какую технику вы хотите попробовать?

Техника *замены образе* более приятным была описана многими авторами (Beck & Emery, 1985). Чтобы освоить эту технику, также требуется регулярная практика.

Т: Салли, существует еще один способ справиться с такими неприятными представлениями. Вы можете заменять их другими образами. Например, представьте, что неприятная мысленная картина - это всего лишь кадр на экране телевизора. Просто переключите канал! Один щелчок — и вы видите, как лежите на пляже, или гуляете в лесу, или заново переживаете какие-то приятные события прошлого. Хотите, попробуем применить эту технику прямо сейчас? Вначале вы попытаетесь представить приятную сцену как можно подробнее, подключив как можно больше сенсорных каналов, а затем попробуете переключаться" с болезненной сцены на приятную. ...Итак, что бы приятно могли сейчас представить?

Применение последней техники целесообразно сочетать с выполнение упражнений на релаксацию. Она больше показана пациентам с низким или средним, но не высоким уровнем дистресса.

## ОТВЕТ НА СПОНТАННО ВОЗНИКАЮЩИЕ ОБРАЗЫ

Терапевту следует приложить усилия, чтобы повысить вероятность того, что рассмотренные техники будут применяться пациентом и помогут ему избавляться от спонтанно возникающих неприятных представлений.

Т: Никогда заранее не известно, какая техника окажется эффективной в конкретном случае. Предлагаю вам кратко записать

суть каждого из способов. Если у вас будет под рукой этот перечень, вероятность того, что вы будете продолжать попытки, пока не найдете то, что *сработает*, повышается. На следующих нескольких сессиях я расскажу вам о других техниках. Мы будем тренироваться здесь, вместе, и вы будете тренироваться самостоятельно, до тех пор, пока не отточите свое умение применять эти техники каждый раз, когда это необходимо. Тогда, я думаю, вы сможете контролировать свое воображение и лучше понимать, как образные представления воздействуют на ваше эмоциональное состояние.

## КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ: СОЗДАНИЕ ОБРАЗОВ КАК ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПРИЕМ

В некоторых случаях помимо работы со спонтанно возникающими образами терапевт намеренно, в качестве терапевтического приема, *вызывает* образ у пациента. Пример одной из подобных техник - предварительное проигрывание ситуации, позволяющее обнаружить препятствия к выполнению домашнего задания (см. главу 14). Три другие техники представлены ниже.

### Репетиция применения копинг-техник

Терапевт использует эту технику во время сессии, чтобы помочь пациенту мысленно подготовиться к применению копинг-стратегий. Особенность ее в том, что терапевт *вызывает у* пациента образ применения им когнитивных техник. Для сравнения: используя технику мысленного решения проблемы, терапевт побуждает пациента вообразить, как бы он мог мысленно решить проблему, лежащую в основе спонтанно возникшего образа.

Т: Значит, вы предчувствуете, что вам придется туго, когда на занятиях придется читать устный доклад?

П: Да.

Т: Представьте себе всю эту картину. Когда вы впервые заметите нарастание тревоги?

П: Утром, едва проснувшись.

Т: О чем вы будете думать?

П: О том, что у меня ничего не получится. И я буду представлять себя, трясущуюся и заикающуюся, не в силах открыть рот.

Т: Вы имеете в виду - в аудитории?

П: Да.

Т: А что бы вы могли сделать?

П: Постараться расслабиться. Напомнить себе, что я много готовилась и даже репетировала этот отчет вслух.

Т: Что произойдет?

П: Мое дыхание выровняется. Я немного успокоюсь.

Т: А можете ли вы представить, как это все происходит?

П: Да.

Т: Расскажите мне.

П: Я чувствую себя немного лучше, но все еще нервничаю. У меня совсем нет аппетита, и я не хочу завтракать. Я только принимаю душ, одеваюсь и теперь готова идти в колледж.

Т: О чем вы думаете?

П: Что будет, если я стану нервничать все больше и больше?

Т: Попробуйте представить, как по дороге на занятия вы читаете копинг-карточку, которую мы составили раньше. Можете вообразить, как достаете ее из сумки и читаете?

П: Да... Думаю, мне станет спокойнее.

Т: Когда вы подходите к классу, попробуйте представить, что вы совершаете "прыжок" в будущее. Вы уже окончили выступление и теперь садитесь на свое место, чтобы послушать других студентов. ...Как вы себя чувствуете сейчас, по дороге в колледж?

П: Немного лучше. По-прежнему волнуюсь, но уже не так сильно.

Т: Хорошо. Теперь вы входите в класс. Что происходит и что вы делаете?

Пациентка продолжает разворачивать" мысленную картину и подроби представлять, как она справляется со сложной для нее ситуацией. Затем с конспектирует описания конкретных техник, которые могут пригодиться будущем.

## Дистанцирование

Дистанцирование - это техника, предполагающая создание копинг-образа и позволяющая улучшить состояние пациента, посмотреть на проблему шире. В следующем примере терапевт помогает пациентке

увидеть преходящий характер ее трудностей и тем самым обнадеживает ее.

Т: Салли, я знаю, что сейчас вы испытываете безнадежность и вам кажется, что эти *проблемы* будут с вами всегда. Как вы думаете, не попробовать ли вам представить себя *после* этого трудного периода?

П: Наверное... Но это так сложно представить.

Т: Попробуйте представить себя в следующем семестре. Теперь вы — второкурсница. Сейчас, скажем, середина осени. Вы по-прежнему учитесь в колледже?

П: Наверное.

Т: Расскажите о себе.

П: Я не знаю. Мне сложно загадывать так далеко наперед.

Т: Хорошо, давайте поговорим о более конкретных вещах. Когда вы просыпаетесь по утрам?

П: Около восьми часов.

Т: Где вы живете?

П: Я снимаю комнату и городе.

Т: Одна?

П: Нет, с соседкой.

Т: Хорошо. Итак, вы просыпаетесь утром. Что происходит дальше?

П: Я тороплюсь на занятия. Теперь мне дольше добираться до колледжа, чем раньше, когда я жила в общежитии.

Т: Вы идете одна или встречаете кого-то из товарищей?

П: Не знаю.

Т: Это ваша мысленная картина. Вам решать.

П: Ну, хорошо. Я встречаюсь с подружкой, и мы идем в колледж вместе.

Т: О чем вы разговариваете по дороге? Или вы молчите?

П: Мы разговариваем об учебе и общих знакомых.

Т: Что происходит потом?

П: Мы приходим на занятия.

Т: У вас большая лекционная аудитория, как и сейчас?

П: Наверное, нет. В следующем году мы будем заниматься в маленьких аудиториях, по группам.

Т: Что происходит в аудитории? Вы обращаетесь к кому-нибудь или молча садитесь на свое место?

П: Надеюсь, к тому времени у меня будет больше друзей. Наверное, я стану более общительной, научусь проявлять инициативу.

Т: Как вы себя чувствуете, когда представляете все это?

П: Неплохо.

Т: Попробуйте в качестве домашнего задания закончить этот сценарий! Тогда всякий раз, когда пас будет посещать мысль "Я никогда с этим не справлюсь", "переключайтесь" на этот образ и наблюдайте, что произойдет с вашим настроением.

П: Я попробую.

Т: Как вы думаете, эта сцена может быть создана лишь силой вашего позитивного мышления? Или вы способны приложить усилия, чтобы все это стало правдой? И, глядя правде в глаза, разве вы уже не работаете для того, чтобы все это стало реальностью?

П: Да, это правда.

Техника дистанцирования позволяет освободить пациента от власти воображаемых последствий катастрофы. Мари, о которой говорилось выше в этой главе, опасалась бесконечных страданий ее детей в случае ее гибели. Терапевт побуждает Мари представить степень страданий ее детей в разные периоды времени, а не только сразу после воображаемой автокатастрофы. Эта техника подобна технике "Прыжок в будущее", хотя включает мысленный взгляд через *годы*, а не минуты, часы или дни.

Т: Мари, как вы представляете, кто рассказывает детям о вашей смерти?

П: Мой муж.

Т: Как это происходит?

П: *(Всхлипывая.)* Он обнимает их. И говорит: "Произошла авария. Мамы больше нет".

Т: Что дальше?

П: Они не хотят в это верить. Начинают плакать и повторяют: "Это неправда. Я хочу к маме".

Т: Им плохо...

П: Да, очень.

Т: *(После паузы.)* Попробуйте посмотреть на своих детей из будущего. Скажем, спустя шесть месяцев. Можете представить их?

П: Они в школе. Выглядят грустными. Подавленными. В душе у них — пустота.

Т: Как они себя чувствуют?

П: Им по-прежнему плохо.

Т: А теперь представьте, что прошло два года. Сколько им теперь лет?

П: Мелиссе восемь, а Линде шесть.

Т: Что они делают?

П: Играют во дворе. Это наш дом. Я не думаю, что мой муж куда-нибудь переедет.

Т: Что они делают во дворе?

П: Играют с соседскими детьми. Например, в мяч.

Т: Как они себя чувствуют сейчас?

П: Нормально, если только не думают обо мне.

Т: А когда думают?

П: *(Вытирает слезы.)* Они все еще иногда плачут. Им тяжело.

Т: Так же, как и с самого начала?

П: Нет, не так.

Терапевт мягко проводит Мари через последовательность образов спустя пять, десять и двадцать лет после ее воображаемой смерти. В ходе выполнения этого задания Мари начинает осознавать, что первоначальное потрясение ее дочерей постепенно сглаживается и со временем сокращается до коротких периодов грусти и тоски, с которыми они в силах совладать. Подробно представляя себе, что ее дочери вырастают и создают свои собственные семьи, Мари избавляется от своего страха гибели в автомобильной катастрофе.

## Смягчение опасности

Третий тип техники, предполагающей создание терапевтических образов, разработан для того, чтобы помочь пациенту увидеть ситуацию с более реалистичной оценкой действительной угрозы. Например, терапевт побуждает Салли изменить ее образ выступления в аудитории, предлагая ей представить одобрительные выражения лиц однокурсников. Пэм, тревожной пациентке, которая очень боялась предстоящей операции кесарева сечения, было предложено представить реанимационное оборудование и заботливые лица врачей и медсестер, скрытые масками.

Резюмируя сказанное в этой главе, нужно отметить следующее. У большинства пациентов, если не у всех, появляются автоматические мысли в виде спонтанно возникающих образов, или представлений, или мысленных картин. Чтобы помочь пациенту выявить эти образы, терапевт должен проявить настойчивость (но не назойливость). Тем пациентам, которых часто посещают неприятные мысленные картины, необходимо освоить несколько техник, основанных на применении силы воображения. Кроме того, иногда образы могут создаваться целенаправленно, с терапевтическими целями.

# ГЛАВА 14 ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ

Домашнее задание - это интегральная часть когнитивной терапии (Beck и др., 1979), позволяющая расширить возможности для когнитивных и поведенческих изменений у пациента *на протяжении всей недели* между сессиями. Удачное домашнее задание способствует дальнейшему обучению клиента (в том числе с помощью библиотерапии [9]), получению им новых сведений (например, путем выявления мыслей, эмоций и типов поведения), проверке и оцениванию его мыслей и убеждений, изменению его мышления, отработке когнитивных и поведенческих навыков. Благодаря домашнему заданию пациент экспериментирует с новыми типами поведения и закрепляет знания, полученный на терапевтических сессиях. Успешно выполненное домашнее задание способствует повышению у пациента чувства уверенности в себе.

Множество исследований, касающихся процесса когнитивной терапии, подтвердили, что пациенты, которые выполняют домашние задания, достигают улучшений быстрее, чем те, которые не выполняют (например, Neimeyer & Feixas, 1990; Parsons и др., 1988). Многие пациенты выполняют домашние задания охотно и легко, другие могут упорно сопротивляться и высказывают полное неприятие самой идеи домашних заданий. Важно отметить, что даже самые опытные терапевты сталкиваются с трудностями, когда некоторые пациенты, несмотря на тщательную подготовку, не выполняют никаких домашних заданий в *письменной форме*. Тем не менее, терапевт должен всегда исходить из предположения, что пациент *выполнит* домашнее задание.

Чтобы повысить вероятность этого, терапевт

• модифицирует стандартное домашнее задание к потребностям конкретного пациента;

• логически обосновывает пациенту необходимость выполнения данного домашнего задания;

• выявляет возможные препятствия на пути выполнения задания и устраняет их, а также проводит работу с негативными убеждениями пациента, касающимися выполнения домашнего задания, с тем чтобы изменить их.

Эта глава состоит из четырех разделов: определение домашнего задания, повышение вероятности того, что пациент успешно выполнит задание, концептуализация проблем и анализ выполненного домашнего задания.

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДОМАШНЕГО ЗАДАНИЯ

Нет единственно верного способа определения домашнего задания. Скорее, домашнее задание необходимо устанавливать исходя из потребностей конкретного пациента, совместно с ним и согласно содержанию и целям сессии, общим целям пациента и терапевта в отношении терапии, концептуализации терапевтом пациента и текущей стадии терапии. Безусловно, при этом терапевт должен принять во внимание индивидуальные особенности пациента: его способности к чтению и письму, его мотивацию и желание выполнить домашнее задание, его психоэмоциональное состояние и когнитивные способности, а также ограничения практического характера (например, невозможность остаться в одиночестве или нехватку времени).

На первой стадии терапии терапевт принимает на себя ведущую роль в определении домашнего задания. Но постепенно, как и в случае с составлением повестки дня, инициатива переходит к пациенту. Терапевт побуждает его самостоятельно брать на себя обязательства (например, так: "Теперь, когда мы полностью обсудили эту проблему с вашей соседкой по комнате, чем, по вашему мнению, вам следовало бы заняться на следующей неделе?"). Пациенты, которые привыкли самостоятельно намечать домашнее задание к концу каждой сессии, с большей вероятностью продолжат делать это и после окончания курса терапии.

В первом разделе этой главы, посвященной домашнему заданию, описаны типичные домашние задания, характерные для начальной, средней и завершающей стадий курса когнитивной терапии. Затем представлен пример домашнего задания для Салли и даны рекомендации по выбору домашнего задания для конкретного пациента.

## Типичные домашние задания

Вот перечень типичных для когнитивной терапии домашних заданий.

1. *Поведенческая активность* особенно важна для тех пациентов, которые ведут малоподвижный, инертный образ жизни, но также

принесет пользу многим пациентам, чья цель - либо возобновление доставлявших раньше удовольствие видов деятельности, либо обогащение своей жизни новыми занятиями. Можно составить четкое расписание (техника представлена в главе 12) или же в ходе разговора ненавязчиво предложить пациенту разнообразить свою повседневную деятельность (например: "Какие занятия из вашего списка вам хотелось бы попробовать на следующей неделе или, по крайней мере, поискать информацию о них?").

Другой вид поведенческой активности логически следует из содержания сессии и заключается в отработке новых навыков и/или воплощении в жизнь решений, принятых пациентом на сессии. Например, у Салли не ладились отношения с соседкой по комнате. После проведения ролевой игры девушка согласилась (с подачи терапевта) попробовать обсудить с соседкой волнующие ее проблемы - шум и беспорядок. Успешное решение *реальной* актуальной для пациента проблемы способствует значительному и устойчивому улучшению его состояния.

2. *Выявление автоматических мыслей* - важная часть домашнего задания начиная с первой терапевтической сессии. Как описано в главе 3, пациент задает себе вопрос "О чем я сейчас думаю?" каждый раз, когда замечает, что его настроение меняется. Сначала можно предложить пациенту *записывать* выявленные автоматические мысли в блокноте или на отдельных карточках. На определенном этапе терапии терапевт представляет пациенту бланк для работы с дисфункциональными мыслями (РДМ) и предлагает записывать автоматические мысли в этот бланк.

Терапевт предупреждает пациента, что вначале отслеживание автоматических мыслей может несколько ухудшить его состояние, но только в том случае, если пациент не старается найти адаптивные ответы на свои дисфункциональные мысли. Здесь можно предложить пациент составить "адресованные" автоматическим мыслям копинг-карточки (см. главу 12), чтобы перечитывать их дома.

3. *Библиотерапия* - еще один тип общепринятых в когнитивной терапии домашних заданий. Наиболее эффективной она окажется в том случае, если пациент будет не только читать, но и записывать свои выводы: с чем он согласен, что вызывает протест, а что ставит перед

ним новые вопросы (см. приложение В, в котором представлен список рекомендуемой литературы для пациентов).

4. *Обзор последней терапевтической сессии* помогает пациенту закрепить полученные знания и навыки. Такой обзор может включать чтение записей, сделанных по ходу терапевтической сессии (или непосредственно после нее) и/или прослушивание аудиозаписи сессии. Во время прослушивания аудиозаписи полезно составлять краткий конспект сессии, а также отмечать основные выводы. Записывать автоматические мысли и дисфункциональные убеждения, выявленные на сессии, необходимо вместе с новыми, адаптивными ответами на них. В качестве альтернативы записи и прослушиванию всей сессии можно сделать аудиозапись лишь заключительной ее части (последние несколько минут сессии).

Если терапевт сам планирует делать аудиозапись терапевтической сессии (см. главу 18), он заранее предлагает пациенту принести свою кассету и записывающее устройство.

5. *Подготовка к следующей терапевтической сессии* многими пациентами проводится совершенно естественно и не требует специально оговоренных обязательств. Они к началу каждой сессии автоматически организуют свои мысли в соответствии со стандартным (уже знакомым им) порядком вопросов терапевта. Однако есть пациенты, которые в промежутках между сессиями избегают мыслей о терапии или затрудняются кратко сформулировать темы, которые они хотели бы затронуть на сессии. Таким пациентам следует предложить делать записи перед началом каждой сессии или, как минимум, мысленно продумывать ее содержание. В этом случае пригодится бланк "Мост между сессиями", представленный в главе 4, рис. 4.1.

## Дополнительные домашние задания

Домашние задания, описанные выше, могут быть полезны для каждой сессии. Другие задания подходят лишь для некоторых терапевтических сессий, но не следует ими пренебрегать. Например, на первой сессии пациенту полезно предложить в качестве домашнего задания дополнить или исправить его список целей (см. главу 3) и составить список похвальных дел (см. главу 12). На нескольких последующих сессиях домашнее задание может состоять

преимущественно из оценивания пациентом своих автоматических мыслей и па-хождения на них альтернативных ответов.

Когда проведена работа по выявлению предположений и убеждений, пациенту рекомендуется использовать диаграмму когнитивной концептуализации (см. главу 10). Обычно перестройка дисфункциональных убеждений начинается на сессии, а дома пациент может продолжить ее, используя бланк для работы с глубинными убеждениями (РГУ), представленный и главе 11. После изменения убеждений (а в некоторых случаях - до этого) пациенту будут

полезны определенные поведенческие изменения. Можно предложить ему закрепить приобретенные навыки (например, уверенность в себе), действовать "как если бы" (см. главу 10) и проверить негативные мысли и убеждения путем поведенческих экспериментов (см. главы 10 и 12).

Наконец, домашнее задание на заключительной стадии курса когнитивной терапии ориентировано на завершение терапии и предупреждение рецидива расстройства, о чем подробно говорится в главе 15. В этом случае домашнее задание может включать редактирование и организацию заметок, сделанных в ходе всей терапии, выявление автоматических мыслей об окончании терапии и поиск альтернативных ответов на них, а также размышления над способами преодоления предполагаемых в будущем трудностей.

Хотя домашние задания, перечисленные ниже, довольно универсальны, необходимо учитывать индивидуальность каждого пациента.

## Домашние задания для Салли

*Сессия 1*

1. Уточнить и дополнить список целей.

2. Когда мое настроение меняется, спросить себя: "О чем я думаю прямо сейчас?" и записать мысли (и образы). Напомнить себе, что эти мысли могут быть или не быть правильными.

3. Напоминать себе, что мне с трудом могут даваться разные дела, потому что сейчас я страдаю депрессией, а не ленива.

4. Подумать о том, что я хотела бы включить в повестку дня следующей сессии (какую проблему или ситуацию; придумать ей

название).

5. Прочитать брошюру о депрессии и заметки, которые я сделала в время сессии.

6. За следующую неделю три раза сходить в бассейн или выйти на пробежку.

*Сессия 2*

1. Когда мое настроение меняется, спросить себя: "О чем я сейчас думаю?" и записать автоматические мысли (которые могут быть правдой, а могут и не быть). Стараться делать это как минимум раз в день.

2. Если я не могу выявить автоматические мысли, письменно описать саму ситуацию. Помнить, что умение отслеживать мысли - это все навык, которому необходимо учиться. Со временем у меня будет получаться все лучше и лучше.

3. Попросить Рона помочь мне разобраться с пятой главой учебника экономике.

4. Раз в день перечитывать записи, которые я сделала во время сессий.

5. Продолжать заниматься плаванием/бегом. Пригласить на три занятия мою соседку по комнате.

*Сессия 3*

1. Раз в день перечитывать записи, которые я сделала во время сессий.

2. Продолжать заниматься плаванием/бегом вместе с Джейн.

3. Предложить Лизе вместе подготовиться к экзамену по химии.

4. Дополнить список достижений.

5. Когда я замечаю, что мое настроение ухудшается, заполнять первые четыре колонки бланка для работы с дисфункциональными мыслями (РДМ). С помощью вопросов, приведенных в нижней части бланка, попробовать найти альтернативный ответ. Выполнять это задание как минимум раз в день.

*Сессия 4*

1. Записывать автоматические мысли в бланк РДМ.

2. Перечитывать записи, которые я сделала во время сессий.

3. Как можно чище вести учет видов деятельности.

4. Сказать соседке по комнате, что меня беспокоит шум и беспорядок. Найти с ней компромисс.

5. Продолжать работать со списком достижений.

*Сессия 5*

1. Каждый раз, когда мое настроение меняется, заполнять первые четыре колонки бланка РДМ и мысленно отвечать на вопросы, приведенные в его нижней части, чтобы сформулировать альтернативный ответ.

2. Перечитывать записи, которые я сделала во время сессий.

3. Следовать расписанию видов деятельности, составленному на сессии.

4. Работа со списком похвальных дел (списком достижений).

5. Обратиться к помощнику преподавателя за помощью.

*Сессия 6*

1. Заполнять бланк РДМ каждый раз, когда ухудшается мое настроение.

2. Раз в день перечитывать записи, которые я сделала во время сессий.

3. Работа со списком достижений.

4. Перечитывать копинг-карточки, когда я беспокоюсь о своем сочинении по литературе.

5. Продолжать планировать занятия.

*Сессия 7*

1. Бланк РДМ.

2. Перечитывать записи.

3. Список достижений.

4. Задать преподавателю один или два вопроса после занятий.

5. Читать копинг-карточки три раза в день и по мере необходимости.

*Сессия 8*

1. Бланк РДМ.

2. Перечитывать записи и копинг-карточки по мере необходимости.

3. Список достижений.

4. Задать один или два вопроса на лекциях.

5. Перечитывать диаграмму когнитивной концептуализации.

*Сессия 9*

1. Бланк РДМ.

2. Перечитывать записи и копинг-карточки один-три раза в день.

3. Ответить один или два раза на занятиях (экономика и химия).

4. Заполнить нижнюю часть бланка РГУ.
5. Поговорить с соседкой по комнате о шуме и беспорядке.
6. Обратиться к преподавателю за помощью в его приемный день.
7. Преимущества и недостатки поездок в Филадельфию и домой на летних каникулах.

*Сессия 12 (предпоследняя сессия)*

1. Заполнить бланк РДМ; мои мысли об окончании терапии.
2. Оформить записи, сделанные мной во время сессий, с самого начала.
3. Провести самостоятельную терапевтическую сессию; проанализировать записи.

## ПОВЫШЕНИЕ ВЕРОЯТНОСТИ УСПЕШНОГО ВЫПОЛНЕНИЯ ПАЦИЕНТОМ ДОМАШНЕГО ЗАДАНИЯ

Некоторые пациенты легко выполняют предложенные им домашние задания, другие же сталкиваются со значительными трудностями. Ниже представлен алгоритм, следуя которому терапевт может повысить вероятность того, что пациент успешно выполнит домашнее задание и его состояние улучшится.

1. Приведите домашнее задание в соответствие с индивидуальными потребностями данного пациента (уверенность терапевта в том, что пациент способен выполнить предложенное ему задание и сделает это, должна достигать 90-100%). Лучше ошибиться в сторону более легкого для пациента задания, чем слишком сложного.

2. Определяйте домашнее задание совместно с пациентом; убедитесь, что он согласен его выполнить.

3. Предоставьте пациенту логическое обоснование: каким образом и почему домашнее задание принесет ему пользу.

4. Сделайте домашнее задание беспроигрышным вариантом для пациента.

5. Если возможно, пусть пациент приступит к выполнению домашнего задания непосредственно па сессии.

6. Помогите пациенту создать систему напоминаний о необходимости выполнения домашнего задания.

7. Учтите возможные сложности; в некоторых случаях - проведите предварительное проигрывание ситуации.

8. Учитывайте, что пациент может не выполнить домашнее задание, и сделайте необходимый предварительный комментарий.

### Соответствие домашнего задания индивидуальным потребностям пациента

Успешное выполнение домашнего задания способствует прогрессу терапии, повышению уверенности в себе и улучшению настроения пациента. Поэтому домашнее задание должно быть тщательно продуманным. Планируя домашнее задание, терапевт не исходит из установленного образца, а принимает во внимание особенности

данного пациента (перечисленные в начале этой главы), а также его предпочтения и пожелания.

Одна пациентка, Джоан, на первой сессии не разобралась в когнитивной модели и рассердилась, когда терапевт (недостаточно опытный) пытался убедить ее выявить автоматические мысли. Она в сердцах воскликнула: "Как вы не понимаете; я *не знаю,* о чем именно сейчас думаю, мне просто очень плохо!" Очевидно, что домашнее задание, предполагающее выявление и запись автоматических мыслей, оказалось явно преждевременным. Другая пациентка Барбара, еще до начала курса терапии успела прочитать популярную книгу ц$_0$ когнитивной терапии и с ходу разобралась, зачем и как надо выявлять автоматические мысли. Поэтому в качестве первого домашнего задания терапевт предложил ей отмечать изменения настроения и заполнять первые четыре колонки бланка РДМ.

Помимо содержания домашнего задания, необходимо учитывать и его *объем.*

Так, у Салли была высокая мотивация пройти курс терапии, кроме того, ей, как студентке колледжа, была понятна и близка идея домашних заданий. Ей было гораздо легче выполнять взятые на себя обязательства, чем Джоан, страдавшей глубокой депрессией и давно позабывшей о любом обучении.

Каждое домашнее задание целесообразно разделить на отдельные легко выполнимые части. Вот примеры: ежедневно прочитывать по одной главе популярной книги по когнитивной терапии или школьного учебника, заполнить первые четыре колонки бланка РДМ, выделить 10-15 минут, чтобы оплатить накопившиеся квитанции, пойти за покупками в ближайший супермаркет (не в самом начале терапии).

Определяя домашнее задание, необходимо учитывать и вероятные трудности, которые можно предположить исходя из диагноза пациента и его текущих проблем. Например, депрессивному пациенту в начале курса терапии больше пользы принесет выполнение поведенческих (а не собственно когнитивных) заданий. Избегающий пациент вряд ли согласится выполнять поведенческие задания, поскольку воспримет их как давление со стороны терапевта. Тревожному пациенту может казаться, что он не способен выполнить *любое* домашнее задание, а особенно слишком объемное. Поэтому лучше ошибиться в сторону более легкого для пациента задания, чем более сложного.

Невыполненное или неудачно выполненное домашнее задание часто ведет к возникновению у пациента самокритичных переживаний и чувства безнадежности.

## Предоставление пациенту логического обоснования

Пациенты с большей вероятностью выполняют домашние задания, если понимают причину, по которой им необходимо это делать. Например, терапевт Салли предложил ей домашнее задание следующим образом: "Согласны ли вы, Салли, что нам полезно будет узнать немного больше о том, как вы проводите

свое время? Тогда мы поймем, не перегружены ли вы какими-либо занятиями, остается ли у вас время для интересных вам дел".

Терапевт обычно дает краткое обоснование только в первый раз; в дальнейшем он побуждает самого пациента подумать о цели домашнего задания. Например: "Салли, какой может быть смысл в том, чтобы поинтересоваться у вашей соседки по комнате ее планами на выходные?", "Почему было бы неплохо продолжить работу с похвальными делами?". Полезно также сообщить пациенту о том, что благодаря выполнению домашних заданий его состояние улучшится скорее: "Исследования показали, что те, кто выполняют домашние задания, достигают успеха быстрее тех, кто этою не делает". Важно также заострить внимание пациента на необходимости *ежедневного* выполнения домашнего задания.

## Определение домашнего задания совместно с пациентом

Терапевт должен убедиться, что пациент не только осознал смысл домашнего задания, но и согласен выполнить его: "Салли, готовы ли вы после уроков задать вопрос преподавателю?" Однако даже согласие пациента выполнить домашнее задание *не гарантирует*, что ему это удастся. Предвосхищая такой поворот событий, терапевт предпринимает несколько дополнительных мер, в частности задает пациенту следующие вопросы: "Насколько вероятно, что вы сможете иногда заполнять бланк РДМ на следующей неделе?", "Как вы думаете, какую именно пользу принесет вам выполнение этого задания?", "Может быть, вы хотите выполнить это задание в уме, а бланк мы

заполним вместе, на следующей сессии?", "Как нам следует изменить задание, чтобы повысить вероятность того, что вы сможете его выполнить?".

Впоследствии терапевт побуждает пациента все активнее участвовать в определении домашнего задания. "Если бы на следующей неделе эта проблема возникла снова, как бы вы могли поступить?", "Что бы вы могли сделать, почувствовав, что вас опять одолевает тревога?".

## Домашнее задание - беспроигрышный вариант

Как упоминалось в главе 3, во время определения домашнего задания (особенно в начале терапии) полезно подчеркнуть, что даже если пациент не сможет выполнить домашнее задание, он получит от него пользу, особенно если сумеет выявить сопутствующие мысли. Так терапевт предотвращает ухудшение состояния пациента и его самообвинение в случае невыполнения домашнего задания.

Терапевт: Салли, если вы выполните это домашнее задание - отлично! Но если возникнут сложности - ничего страшного, особенно если вам удастся выявить мысли, которые будут посещать вас в тот момент. Итак, вы или

выполните домашнее задание, или попытаетесь определить мысли, этому препятствующие, а мы обсудим их в следующий раз. И, вполне возможно, они окажутся очень важными. Хорошо?

Иногда пациенту не удается выполнить большую часть домашнего задания в течение двух недель подряд, или он выполняет большую часть домашнего задания в последний момент, перед новой сессией. В этом случае терапевту следует определить, какие психологические и сугубо практические факторы помешали пациенту, а также подчеркнуть *необходимость* выполнения домашнего задания, а не продолжать представлять его как беспроигрышный вариант.

## Начало выполнения домашнего задания во время сессии

Желательно, особенно в начале курса терапии, выделить некоторое время сессии на то, чтобы пациент начал выполнять домашнее задание. Это позволит терапевту оценить, соответствует ли уровень

сложности домашнего задания возможностям пациента. От этого будет польза и пациенту: более вероятно, что он *продолжит* выполнение домашнего задания, чем *начнет* его. Это ключевой момент, поскольку пациенты зачастую называют самой сложной частью домашнего задания период *перед началом выполнения* - то есть формирование своей готовности.

## Создание системы напоминаний о необходимости выполнения домашнего задания

С самого начала терапии следует побуждать пациента записывать содержание домашнего задания. А что делать с особо забывчивыми пациентами? Им можно предложить запланировать выполнение домашнего задания вместе с другой ежедневной деятельностью (например, "Согласны ли вы выполнять это задание перед сном?"). Пациент может записать домашнее задание на листочке бумаги и прикрепить его к холодильнику, на зеркале в ванной или приборной панели автомобиля. Если пациент регулярно принимает медикаменты (или дает их кому-либо), терапевт предлагает ему вспомнить испытанные стратегии запоминания и применить их для выполнения домашнего задания. Иногда показано прямое решение проблемы, например прослушивание соответствующих аудиокассет в автомобиле, по дороге на работу и домой.

## Анализ возможных сложностей

Терапевту следует мысленно поставить себя на место пациента и обдумать следующие вопросы.

- Соответствует ли объем домашнего задания возможностям этого пациента?
- Подходит ли ему уровень сложности?
- Не испытывает ли пациент чувства подавленности в связи с необходимос-тью выполнения этого домашнего задания?
- Связано ли содержание домашнего задания с целями пациента в отношении терапии?
- Насколько высока вероятность того, что пациенту удастся выполнить это домашнее задание?

• Какие практические трудности могут помешать ему (отсутствие времени, сил, возможностей)?

• Какие дисфункциональные мысли могут у него возникнуть?

Затем терапевт просит пациента оценить, насколько вероятно (0-100%), что тот выполнит домашнее задание. Если степень уверенности в этом окажется ниже 90-100%, терапевт применяет одну из следующих стратегий.

**1.** *Предварительное проигрывание ситуации* (пример приведен ниже) предполагает выявление и разрешение потенциальных проблем, связанных с выполнением домашнего задания.

Т: Салли, как вы думаете, что может помешать вам обратиться к помощнику преподавателя?

П: Не знаю...

Т: Когда будет самое подходящее время для этого? *(Побуждает пациентку установить время.)*

П: Думаю, в пятницу утром. Это его приемный день.

Т: Представьте, что сейчас утро пятницы. Постарайтесь мысленно увидеть эту картину. Можете мысленно сказать себе: "Я должна идти в кабинет, где работает помощник преподавателя"?

П: Да.

Т: Где вы сейчас? *(Побуждает пациентку к более подробному рассказу, для тою чтобы она смогла живо представить себе всю картину и точно выявить свои мысли и эмоции.)*

П: В своей комнате.

Т: Что вы делаете?

П: Я только что закончила собираться. Я уже оделась.

Т: Как вы сейчас себя чувствуете?

П: Немного волнуюсь.

Т: О чем вы думаете?

П: Я не хочу идти. Может, мне лучше снова перечитать эту главу?

Т: Как вы ответите на эту мысль?

П: Я не знаю. Она мне нравится. *(Улыбается)*

Т: Вы можете напомнить себе о том, что это возможность провести хороший эксперимент и проверить негативные предсказания [что вы не разберетесь в теме, даже с помощью ассистента]?

П: Наверное, так и сделаю.

Т: Полезно ли будет прочитать копинг-карточку?

П: Наверное. (*Терапевт помогает пациентке составить копинг-карточку, о чем мы подробно говорили в главе 12.)*

Т: Итак, вы уже одеты и думаете: "Может, мне лучше снова перечитать эту главу?" Что происходит дальше?

П: Я думаю: "Подожди-ка! Ведь это же эксперимент. Где моя копинг-карточка?"

Т: И где же она?

П: Зная себя, мне придется поискать ее.

Т: Может быть, где-нибудь на видном месте, куда вы ее могли положить, вернувшись с сессии?

П: Нет, я наверняка не хотела, чтобы ее увидела моя соседка по комнате Наверное, она в верхнем ящике моего письменного стола.

Т: Вы можете представить, как достаете карточку и читаете ее?

П: Да.

Т: И что происходит теперь?

П: Наверное, я вспоминаю, почему я *должна* идти, но по-прежнему медлю. Поэтому я решаю сначала убрать в комнате.

Т: О чем вы можете напомнить себе сейчас?

П: Что надо пойти и покончить с этим! Что помощник преподавателя действительно может помочь мне. Что если я начну уборку, я рискую вовсе браться.

Т: Отлично! Что происходит потом?

П: Я иду.

Т: И потом?

П: Прихожу туда. Задаю ему вопрос. Говорю, что именно мне непонятно. Наверное, он объясняет мне.

Т: И как вы себя сейчас чувствуете?

П: Очень хорошо. Я поступила правильно.

Итак, предварительное проигрывание помогает как пациенту, так и терапевту обнаружить практические препятствия и дисфункциональные мысли, которые могут затруднить выполнение домашнего задания.

**2.** *Изменение домашнего задания* показано в том случае, если выясняется, что пациенту не подходит первый вариант, или если предварительное проигрывание выполнения оказывается неудачным. Гораздо лучше заменить домашнее задание более легким, повысив вероятность того, что оно будет выполнено пациентом, чем позволить

ему выработать привычку, несмотря на согласие, не выполнять установленное на сессии домашнее задание.

Т: Салли, я не уверен, что вы готовы выполнить это задание. (Или: "Я полагаю, что такое домашнее задание вам не подходит".) Что вы думаете по этому поводу? Хотите ли вы, тем не менее, попробовать, или отложим это домашнее задание на потом?

**3.** *Рационально-эмотивная ролевая игра* помогает сформировать мотивацию к выполнению целесообразного, по мнению терапевта, домашнего задания у сопротивляющегося пациента (как показано в главе 10, данная техника не применяется на ранних стадиях терапии, чтобы не вызвать негативной реакции пациента).

Т: Я по-прежнему не уверен, что вы вовремя достанете и прочитаете копинг-карточку.

П: Наверное, вы нравы...

Т: Салли, давайте разыграем рационально-эмотивную ролевую игру? Мы уже делали это раньше. Я буду представлять вашу интеллектуальную часть, а вы будете своей эмоциональной частью. Поспорьте со мной от души, изложите все аргументы, которые вы используете, чтобы не читать копинг-карточку и начать заниматься. Вы начинаете.

П: Ну... Мне этого не хочется.

Т: Это правда, что мне не хочется, но это не имеет значения. Все равно, хочется мне или нет, я *должна* сделать это, и точка.

П: Но я могу сделать это позже.

Т: Действительно, могу. Но ведь мне свойственно *не* выполнять отложенное. И я не хочу закреплять эту вредную привычку, откладывая важное дело на потом. Зато я могу выработать новую, хорошую привычку.

П: Но от одного раза ничего не изменится...

Т: Да, это так. Один раз ничего не решает. С другой стороны, вода камень точит. Я быстрее добьюсь успеха, если буду использовать малейшую возможность закрепить эту новую привычку доводить запланированное дело до конца.

П: Не знаю... Я все равно не хочу.

Т: Я могу не обращать внимания на то, что я *хочу* или *не хочу* делать в данный момент. В конце концов, я *хочу* делать то, что должна делать, чтобы достичь своих целей и быть довольной собой. И я *не*

*хочу* постоянно избегать действий, которые не хочу делать, и в результате быть очень недовольной собой.

П: ...У меня больше нет аргументов.

Т: Хорошо. Теперь давайте поменяемся ролями и повторим диалог, а затем вы запишете его тезисы в свой блокнот.

После проведения рационально-эмотивной игры со сменой ролей терапевт может повторно предложить пациенту выполнить то же самое домашнее задание ("Как вы теперь смотрите на то, чтобы все-таки выполнить это домашнее задание?"). Если пациент согласится, следует совместно составить копинг-карточку, основываясь на содержании проведенной рационально-эмотивной игры. В другом случае терапевт может предложить внести изменения в содержан домашнего задания. Это гораздо лучше, чем позволить пациенту ощутить а неудачником, если он не выполнит взятые на себя обязательства.

## Подготовка к возможной неудаче

Терапевту следует тщательно продумать сценарий поведенческого эксперимента или план проверки предположения пациента, чтобы свести на нет вероятность неудачи. Например, терапевт обсуждал с Салли, какой преподаватель скорее откликнется на ее просьбу разъяснить непонятную тему, какие следует выбрать, чтобы начать разговор с соседкой по комнате по поводу шумного поведения, и о каком объеме помощи целесообразно просить более успешного сокурсника.

Однако нельзя полностью обезопасить пациента от неожиданного поворота событий при осуществлении поведенческого эксперимента, поэтому терапевт помогает ему заранее найти ответы на вероятные - в случае неудачи - дисфункциональные автоматические мысли (см. главу 12).

Т: ...С другой стороны, этот человек действительно может *отказаться* помочь вам. Если это произойдет, какая мысль у вас возникнет?

П: Мне не надо было к нему обращаться. Он, наверное, думает, что я дура.

Т: Какие другие причины могут быть у пего для отказа? *(Побуждает пациентку найти альтернативные объяснения.)*

П: Занятость.

Т: Так, а еще?

П: *(Задумывается.)*

Т: Возможен ли вариант, что он сам недостаточно хорошо понимает материал, чтобы объяснять его вам? Или просто не любит роль репетитора? Или кто-нибудь опередил вас, и он дал ему свое согласие?

П: Гм...

Т: Есть ли у вас какие-нибудь доказательства того, что он думает, будто вы дура?

П: Нет, но когда-то мы с ним поспорили по одному политическому вопросу.

Т: И какой вы сделали вывод: что он определенно подумал, будто ваши взгляды глупые *или* что у вас просто иная точка зрения?

П: Что у нас разные мнения...

Т: Значит, он не считает вас дурой?

Л: Думаю, не считает.

Т: Итак, даже если он откажется помочь, это вовсе не означает, что он изменил мнение о вас только из-за вашей просьбы о помощи?

П: Не означает.

Т: Значит, мы договорились, что вы обратитесь к нему уже сегодня и попросите о помощи. Либо он согласится, и это будет здорово, либо не согласится, и в этом случае вы напомните себе, что...

П: Что это не означает, будто он считает меня дурой. Возможно, он просто занят или сам недостаточно хорошо знает материал, или не любит роль репетитора.

Итак, обсуждение потенциальных проблем предупреждает возможное самообвинение пациента в невыполнении домашнего задания.

## КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ ТРУДНОСТЕЙ

Трудности, с которыми пациент сталкивается при выполнении домашнего задания, терапевт использует как возможность улучшить свою концептуализацию. Он определяет, вызвана ли неудача в выполнении домашнего задания

практическими сложностями пациента, его психологическими проблемами психологической проблемой, которая маскируется под практическую, и/или проблемами когниций самого терапевта.

### Практические проблемы

Большинство практических проблем можно предупредить, если терапевт тщательно определяет домашнее задание и подготавливает пациента к его выполнению. Предварительное проигрывание ситуации (описанное выше) позволяет выявить и предупредить возможные трудности. Далее представлены четыре самые распространенные практические проблемы и способы их разрешения.

*Выполнение домашнего задания в последнюю минуту*

В идеале пациент продолжает работу, начатую на терапевтической сессии, *в течение всей недели*. В первую очередь необходимо отслеживать и записывать свои автоматические мысли, сопутствующие ухудшению настроения, чтобы ответить на них мысленно или в письменной форме. Иногда пациенты стараются не думать о терапии между сессиями. Этот уход от работы зачастую обусловлен более глубокими проблемами, для решения которых необходимо выявить и изменить определенные убеждения пациента (например, "Если я стану вникать в проблему, вместо того чтобы попытаться отвлечься, мне станет еще хуже" или "Я не смогу измениться, поэтому зачем пытаться?"). Другим пациентам, однако, требуется лишь ненавязчиво напомнить о том, что не надо откладывать выполнение домашнего задания на последнюю минуту: "Иногда пациенты выполняют домашнее задание накануне следующей сессии. Как вы думаете, что полезнее: выполнить домашнее задание в один присест или заниматься им в течение всей недели?"

*Забывание логического обоснования домашнего задания*

Иногда пациенты не выполняют домашнее задание, потому что забывают, *почему* им надо его сделать. Этой проблемы можно избежать, побуждая забывчивого пациента записать логическое обоснование вслед за домашним заданием.

П: Я не делала упражнения на релаксацию (или не читала копинг-карточки не практиковала техники контроля дыхания, не отслеживала свои занят потому что хорошо себя чувствовала.

Т: Вспомните, о чем мы говорили пару недель назад, - почему полезно выполнять домашнее задание независимо от вашего самочувствия?

П: Не помню...

Т: Предположим, вы не занимались релаксацией на протяжении трех недель, потому что в этом не было необходимости. Однако следующая неделя оказалась буквально насыщена стрессами. Но что произошло к тому времени с вашими навыками релаксации?

П: Они ухудшились...

Т: Как вы смотрите на то, чтобы на следующей неделе все-таки заняться релаксацией? Что еще может помешать вам? И допишите, пожалуйста, что вам надо выполнять это задание даже при хорошем самочувствии.

*Неорганизованность*

Для тех пациентов, которым трудно себя организовать, или тех, которые забывают о необходимости выполнять домашнее задание, желательно оговорить режим работы, скажем, с помощью *диаграммы выполнения домашнего задания*. Терапевт рисует диаграмму на сессии, а пациенту предлагает лишь вычеркивать выполненные части работы.

Другая техника заключается в создании календаря или "учетной книги" домашнего задания. Здесь необходимо отмечать части домашнего задания, выполненные в каждый день недели.

| | Пн | Вт | Ср | Чт | Пт | Сб | Вс |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Прочитать записи, сделанные во время сессии | | | | | | | |
| Список похвальных дел | | | | | | | |
| Бланк РДМ | | | | | | | |
| Задать вопрос преподавателю на занятиях | | | | | | | |

В качестве третьей возможности можно предложить пациенту звонить в офис терапевта и оставлять сообщение о выполненной части домашнего задания. Осознание того, что терапевт ожидает сообщения, может мотивировать пациента к работе.

Все эти техники терапевт логически обосновывает пациенту и добивается его согласия их применить.

*Трудности с определением домашнего задания*

Выяснив, что домашнее задание, полученное пациентом на предыдущей сессии, оказалось для него слишком сложным или было недостаточно четко определено (обычные ошибки начинающего терапевта), терапевт разъясняет сложившуюся ситуацию пациенту (который может обвинять в невыполнении домашнего задания *себя)*.

Т: Салли, теперь, когда мы обсудили сложности, возникшие у вас с домашним заданием, я понял, что плохо объяснил его вам (или "Я понял, что это домашнее задание оказалось для вас неподходящим"). О чем вы думали, когда пробовали его выполнить? (Или "Когда вы поняли, что вам не удалось выполнить домашнее задание?")

В этом случае у терапевта есть следующие возможности.

1. Признать, что он может допустить ошибку, и продемонстрировать пациенту модель такого поведения.

2. Установить раппорт.

3. Продемонстрировать пациенту свою заботу о том, чтобы домашнее задание и терапия в целом соответствовали потребностям пациента.

4. Помочь пациенту найти альтернативное объяснение его неудачи.

## Психологические проблемы

Если у пациента была возможность выполнить правильное и четко определенное терапевтом домашнее задание, неудача может объясняться одним из психологических факторов, описанных ниже.

*Негативные предсказания*

Пациент, испытывающий психологический дистресс, и особенно – депрессию, склонен к созданию множества негативных предсказаний. Чтобы определить негативные когниции пациента, препятствующие выполнению им домашнего

задания, терапевт просит пациента припомнить *конкретный эпизод,* когда он

думал о домашнем задании или собирался его выполнить, чтобы затем выявить сопутствующие мысли и чувства.

Т: Вы *думали* на прошлой неделе о том, чтобы прочитать брошюру о депрессии?

П: Да, иногда.

Т: Вспомните, пожалуйста, один такой случай. Например, вчера вы вспоминали о брошюре?

П: Да. Я собиралась прочитать ее после ужина.

Т: И что произошло?

П: Не знаю. Я просто не смогла себя заставить.

Т: Как вы себя чувствовали?

П: Подавленной и уставшей. Мне было очень грустно.

Т: А о чем вы думали?

П: Это так сложно. Я не смогу сосредоточиться. Я ничего не пойму.

Т: Похоже, вам действительно было очень плохо. Нет ничего удивительного в том, что вам так и не удалось прочитать брошюру. Но как мы можем проверить идею, что вы не сможете сосредоточиться и ничего не поймете?

П: Я попробую прочитать эту брошюру на следующей неделе.

Затем можно провести эксперимент, в ходе которого пациент начинает чтение брошюры. Получив успешный результат, он записывает свои выводы, например: "Иногда мои мысли неточны и я способна на большее, чем мне представляется. В следующий раз, когда ситуация покажется мне безнадежной, я могу провести эксперимент, чтобы проверить свои мысли". ***Обратите внимание:*** если эксперимент оказался неудачным, домашнее задание следует изменить.

Некоторые негативные предсказания, такие как "Моя подруга не захочет пойти со мной погулять", "Я все равно не разберусь в этой теме, даже если обращусь за помощью к преподавателю", "Если я буду пытаться выполнить домашнее задание, мне станет только хуже", можно подвергнуть прямой проверке (хотя терапевт должен позаботиться о заблаговременной подготовке пациента к реакции на возможную неудачу). Определенные мысли, такие как "У меня ничего никогда не получается, как надо" или "Я не сдам эти экзамены", можно оценить, используя стандартные вопросы (см. главу 8), и сформулировать альтернативные ответы на них.

Если пациент колеблется, соглашаться ли ему на выполнение домашнего задания, терапевт подчеркивает, что ему неизвестно, каким будет результат: "Я не могу ручаться, что выполнение этого домашнего задания *обязательно*

вам поможет. Но что вы потеряете, если попробуете? И подумайте о том, что если это задание принесет нам пользу, вы скорее достигнете своих целей». Кроме того, терапевт может предложить пациенту совместно составить *спи преимуществ и недостатков* выполнения домашнего задания. Если пациент трудно выявить свои мысли в отношении домашнего задания и/или выразит их, ему можно предложить заполнить форму, предназначенную для выявлены трудностей с домашним заданием (см. приложение Г).

И наконец, у некоторых пациентов необходимость выполнения домашнего задания может активизировать глубинные убеждения, например следующие

"Я ни на что не способен/беспомощен/никчемен".

"Если я займусь домашним заданием, я признаю, что со мной что-то не так".

"Мне не надо затрачивать так много усилий, чтобы мое состояние улучшилось".

"Терапевт пытается контролировать меня и оказывает на меня давление".

"Если я начну вникать в свои проблемы, мне станет намного хуже".

Выявив подобные убеждения, необходимо изменить их с помощью техник, описанных в главах 10 и 11.

*Переоценка усилий, связаны* с выполнением домашнего задания*

Некоторые пациенты склонны заранее преувеличивать неудобства или трудности, связанные с выполнением домашнего задания, или не осознают, что им предстоит заниматься домашним заданием лишь ограниченный период времени.

Т: Что может помешать вам несколько раз заполнить бланк РДМ на следующей неделе?

П: Не уверена, что я успею.

Т: Как вы думаете, сколько времени займет у вас это задание?

П: Не очень много. Может быть, десять минут. Но я буду очень занята. На следующей неделе у меня миллион дел.

Затем пациент и терапевт приступают к непосредственному решению проблемы, чтобы четко определить время для выполнения домашнего задания. Кроме того, терапевт может предложить пациенту аналогию, обратив его

внимание на то, что неудобство, связанное с выполнением домашнего задания, ограничено во времени.

Т: Конечно, это правда: вы будете *очень* заняты. Но представьте себе иную ситуацию: что вам необходимо ежедневно выполнять какое-то действие, чтобы спасти свою жизнь (или жизнь вашего ребенка/ близкого вам человека/члена семьи)? Что если вам, например, необходимо было бы ежедневно делать переливание крови?

П: Ну конечно, я нашла бы на это время.

Т: Конечно, это не опасно для жизни - не выполнить домашнее задание, - но ведь суть та же! Мы можем четко оговорить время, но прежде всего осознайте, что это не навсегда. Вам придется немного

изменить свою жизнь, но лишь до тех пор, пока ваше самочувствие не улучшится.

С пациентом, который переоценивает *количество сил,* которые придется затратить на выполнение домашнего задания, терапевт проводит подобную беседу. В следующем примере у пациента присутствует дисфункциональное (и искаженное) представление о выполнении домашнего задания.

Т: Что может помешать вам на следующей неделе ежедневно выходить на прогулку?

П: *(Вздыхает.)* Не знаю, хватит ли у меня сил.

Т: Что вы представляете сейчас?

П: Я иду, нет, ползу по улице, еле переставляя ноги.

Т: Но послушайте, мы ведь говорили о том, чтобы гулять всего лишь по десять минут в день. По-моему, это задание кажется вам более сложным, чем мы запланировали.

В другой ситуации пациент верно повторил суть домашнего задания, но снова переоценил количество сил, требуемых на его выполнение. В этом случае сначала терапевт *определяет проблему,* выполняя модифицированный, краткий вариант предварительного проигрывания ситуации.

П: Не уверена, что у меня хватит сил выбраться с Максом (сыном) на прогулку в парк.

Т: Скажите, что для вас сложнее всего: выйти из дому, дойти до парка или гулять и парке?

П: Выйти из дому. У меня накопилось столько домашних дел, а кроме того, ребенка так долго собирать: надеть памперс, ботинки, усадить его в коляску, приготовить бутылочки... *(Здесь терапевт предлагает пациентке решить проблему; одним из решений может быть следующее: приготовить все необходимое*

*для прогулки заранее, когда у пациентки больше сил и она не испытывает сильную усталость и упадок духа.)*

Существует и третья возможность - установить домашнее задание для пациента в качестве эксперимента.

П: Не уверена, что у меня хватит сил на эти телефонные звонки.

Т: Поскольку нам уже пора прощаться, пусть это домашнее задание будет экспериментом. Запишите сейчас свои предположения, а в следующий раз расскажете мне, оправдались ли они. Согласны?

*Перфекционизм*

Многим пациентам требуется всего лишь простое напоминание, что им следует избегать перфекционизма в выполнении домашнего задания.

Т: Салли, уверенность в себе — это такой же навык, как и работа на компьютере, и этому можно научиться. Со временем у вас будет получаться вес лучше и лучше. Поэтому, если у вас возникнут какие-либо сложности, не огорчайтесь. На следующей сессии мы обсудим, как вам достичь лучших результатов.

Другим пациентам, которые глубоко убеждены в необходимости все выполнять на "отлично", может потребоваться задание, которое *предполагает* ошибки.

Т: Мне кажется, что выполнить домашнее задание вам мешает перфекционизм - стремление к совершенству.

П: Да, наверное.

Т: Как насчет того, чтобы на этой неделе *сознательно* заполнить бланк РДМ небрежно? Вы можете делать помарки и ошибки, или не заполнить его полностью, или выполнять его лишь десять минут и ни минутой больше, или как-нибудь иначе.

## Психологические проблемы, которые маскируются под практические сложности

Некоторые пациенты под предлогом нехватки времени, сил или возможно скрывают нежелание выполнять домашнее задание. Заподозрив такую возможность, терапевт должен исследовать ее *прежде,* чем обсуждать практическую проблему.

Т: Значит, вы не уверены, что сможете выполнить домашнее задание по причине [практической проблемы]. Давайте представим на минуту, что это препятствие исчезло. Насколько *теперь* вероятно, что вы выполните

домашнее задание? Мешает ли вам что-нибудь еще? Какие мысли у вас возникают?

## Проблемы, обусловленные когнициями терапевта

Собственные мысли и убеждения терапевта могут помешать ему настойчиво побуждать пациента к выполнению домашнего задания.

Ниже перечислены типичные дисфункциональные убеждения терапевта.

"Пациент обидится, если я начну выяснять, почему он не выполнил домашнее задание".

"Пациент рассердится, если я начну возражать ему".

"Пациент растеряется, если я предложу ему использовать диаграмму выполнения домашнего задания".

"На самом деле пациенту не так уж необходимо выполнять домашнее задание, чтобы его состояние улучшилось".

"Пациент сейчас очень занят".

"Пациент слишком вял/агрессивен, чтобы выполнять домашнее задание".

"Пациент очень слаб, и его нельзя утомлять домашним заданием".

Терапевт должен распознать *собственные* мысли, возникающие в процессе определения домашнего задания или анализа неудачи с домашним заданием. Возможно, потребуется заполнить бланк РДМ, проконсультироваться с коллегой или супервизором. Терапевт должен напомнить себе, что он вряд ли окажет пациенту услугу, если позволит ему не выполнять домашнее задание и не приложит усилий, чтобы достичь с ним согласия.

## Анализ домашнего задания

Чтобы пациент усвоил, что домашнее задание - это неотъемлемая часть терапии в целом, терапевт должен всегда уделять время анализу домашнего задания. Даже если пациент находится в кризисном состоянии или желает обсудить вопросы, не имеющие отношения к домашнему заданию, необходимо проявить настойчивость или, в крайнем случае, договориться обсудить домашнее задание в следующий раз.

Иногда домашнее задание тесно связано с темами повестки дня и/или целями терапевта. В этом случае большая часть сессии охватывает темы и вопросы домашнего задания. Анализ домашнего задания может занимать от пяти

до пятнадцати минут и перейти в определение нового домашнего задания на следующую неделю - например, продолжить задание ил и выполнить новое.

Подведем итог всему сказанному в этой главе. И терапевт, и пациент должны относиться к домашнему заданию как к неотъемлемой части терапии в целом. Правильно определенное и выполненное домашнее задание способствует улучшению состояния пациента и позволяет ему освоить техники когнитивной терапии, которые пригодятся ему после окончания курса терапии.

# ГЛАВА 15 ЗАВЕРШЕНИЕ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА

Цель когнитивной терапии - не только добиться ремиссии расстройства пациента, но и обучить его быть своим собственным терапевтом, а не полагаться во всем на специалиста. Взяв на себя ответственность за решение *каждой* проблемы пациента, терапевт рискует вызвать или усилить зависимость пациента и лишает его возможности проверить и закрепить приобретенные в процессе терапии умения и навыки.

В начале курса терапии сессии обычно проходят еженедельно. Затем, по мере того как состояние пациента улучшается, а он осваивает основные навыки когнитивной терапии, ее график меняется. Сессии проходят раз в две недели, а затем раз в три-четыре недели. Кроме того, терапевт предлагает пациенту встречи спустя три, шесть и двенадцать месяцев после окончания курса терапии (бустерные сессии).

В этой главе представлен алгоритм подготовки пациента к завершению терапии и возможному рецидиву расстройства, начиная с мер, принимаемых на самой первой сессии, и вплоть до завершающей бустерной сессии спустя год после окончания курса терапии.

## ДЕЙСТВИЯ ТЕРАПЕВТА НА ПЕРВОЙ СЕССИИ

Терапевт начинает готовить пациента к завершению терапии и возможному рецидиву уже на первой сессии. Здесь важно выяснить, каковы у пациента ожидания относительно прогресса терапии: каких он ожидает улучшений, в течение какого периода времени, настроен ли он на непрерывное улучшение состояния или осознает, что неизбежны временные ухудшения.

Типичный характер изменений в ходе терапии пациенту можно представить в графическом виде.




**Рис. 15.1.** Типичный характер изменений состояния пациента в ходе терапии

На графике ясно видно, что периоды улучшений чередуются с ухудшениями, а стадии, когда нет заметных изменений, - с резкими колебаниями эмоционального состояния (рис. 15.1).

Подготовив пациента к возможным ухудшениям состояния, вы снизите вероятность того, что он воспримет их как катастрофу. Кроме того, по окончании терапии пациент будет в достаточной мере "вооружен", чтобы выйти из сложных ситуаций победителем.

Терапевт: Многие пациенты ожидают, что их состояние будет улучшаться непрерывно, от сессии к сессии. Вы согласны с этим мнением?

Пациент: Не знаю.

Т: Тогда я хочу немного рассказать вам о том, какими могут быть изменения, чтобы вы не беспокоились, если заметите, что "стоите на месте" или, тем более, что ваше состояние ухудшилось.

П: *(Кивает.)*

Т: Хотя все люди разные, *очень редко* состояние улучшается стабильно, от сессии к сессии. У большинства пациентов наблюдаются как подъемы настроения, так и спады. Например, состояние понемногу улучшается, а потом внезапно наступает период без изменений или даже ухудшение. Это совершенно *нормально*. Понимаете ли вы, зачем я рассказываю вам об этом?

П: Чтобы я не расстраивалась, если мне снова станет хуже.

Т: Правильно. В этом случае вы сможете вспомнить этот наш разговор и то, как мы предсказывали, что спады неизбежны. Я нарисую вам график (рис. 15.1). Вот как это обычно происходит... Со

временем периоды ухудшений становятся все более короткими и менее яркими.

П: *(Кивает.)*

Т: Эти спады и подъемы случаются и после окончания курса терапии. Конечно, к тому времени вы будете "вооружены" навыками и умениями, которые помогут вам одолеть трудности. А возможно, вы захотите снова прийти сюда, на пару сессий. Мы обсудим это перед завершением курса терапии.

П: Хорошо.

Т: Никому из нас заранее не известно, как будет меняться ваше состояние ходе терапии, но ухудшения бывают у всех пациентов. Салли, вы будете учиться быть своим собственным терапевтом, чтобы после окончания терапии самостоятельно выходить из сложных ситуаций.

## ДЕЙСТВИЯ ТЕРАПЕВТА В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ

### Поощрение пациента за успех

Терапевт использует каждую возможность, чтобы похвалить пациента. В достигнутом успехе терапевт подчеркивает заслугу самого пациента. Он снова и снова повторяет, что в основе изменений мышления, настроения и поведения пациента лежат его собственные усилия.

Т: Похоже, на прошлой неделе ваша депрессия пошла на спад. Как вы думаете, почему это случилось?

П: Не знаю.

Т: Вы действовали на прошлой неделе иначе, чем обычно? Выполняли задания, которые мы запланировали в прошлый раз? Удалось ли вам выявить негативные мысли и ответить на них?

П: Да. Я делала по утрам зарядку, два раза ходила гулять с друзьями... Пару раз я замечала, что начинаю критиковать себя, и тогда заполняла бланк РДМ.

Т: Согласны ли вы, что на этой неделе вам было лучше потому, что вы изменили свое поведение?

П: Да, наверное.

Т: Объясните, пожалуйста, это своими словами.

П: Когда я делаю что-нибудь, чтобы помочь себе, я *действительно* начинаю чувствовать себя лучше.

Если в начале терапии пациент видит в улучшении своего самочувствии заслугу исключительно терапевта, то открытие, что *он сам* ответственен за позитивные изменения, может повысить его самооценку и укрепить уверенность в себе. Безусловно, последнее чрезвычайно важно для предупрежден рецидива расстройства после завершения терапии.

Т: Как вы думаете, почему на прошлой неделе ваше состояние улучшилось?

П: На прошлой сессии вы очень помогли мне.

Т: Да, я действительно научил вас *кое-чему*, но кто был тем человеком, который изменил свое мышление и поведение на прошлой неделе?

П: Я.

Т: Насколько теперь вы согласны с тем, что это *ваша* заслуга, что вам стало лучше?

С другой стороны, пациент может решить, что все улучшения произошли исключительно вследствие благоприятных обстоятельств (например: "Мне стало лучше потому, что мне позвонил мой парень") или приема медикаментов. Терапевт признает действие этих факторов, но также интересуется у пациента, изменил ли он свое поведение и мышление, и если да, подчеркивает роль, которую сыграл в улучшении своего состояния сам пациент.

Если пациент категорически отказывается признавать свой вклад в успех, терапевт выявляет лежащее в основе убеждение пациента ("Если я хвалю *вас* за проделанную работу, что это для вас означает?").

## Обучение пациента приемам и техникам

Знакомя пациента с приемами и техниками когнитивной терапии, терапевт подчеркивает, что это своеобразная "скорая помощь", использовать которую пациент может во многих ситуациях, сейчас и в будущем. Другими словами, необходимо подвести пациента к мысли, что соответствующие приемы и техники не являются "средствами" от единственного расстройства (в случае с Салли - депрессии), что они могут оказаться полезными каждый раз, когда пациент отмечает свои

чересчур бурные эмоциональные реакции или искажения мышления. Вот самые распространенные техники когнитивной терапии.

1. Разделение значительной проблемы на меньшие части, с которыми легче справиться.

2. Формирование альтернативного взгляда на проблему.

3. Выявление и проверка автоматических мыслей и убеждений, а также поиск адаптивных ответов на них.

4. Использование бланка для работы с дисфункциональными мыслями (РДМ).

5. Планирование и мониторинг видов деятельности.

6. Выполнение упражнений на релаксацию.

7. Использование техник отвлечения и переключения внимания.

8. Создание иерархии сложных заданий и постепенное осуществление каждого из них (техника последовательного приближения).

9. Составления списка похвальных дел.

10. Выявление преимуществ и недостатков (конкретных мыслей, убеждений, поведения) или возможностей выбора при принятии решения.

Терапевт разъясняет пациенту, как можно использовать эти техники не только для решения актуальных для него проблем, но и в других ситуациях, во время и после терапии.

Т: Похоже, теперь вы грустите меньше, потому что нам удалось выявить ваши депрессивные мысли и найти правильные ответы на них.

П: Да, действительно. Я даже не ожидала.

Т: Знаете, а ведь вы можете применять эти же техники во многих случаях, когда вы понимаете, что злитесь, смущаетесь, тревожитесь или грустите больше, чем того требует ситуация.

П: По правде говоря, я как-то не думала об этом.

Т: Я не призываю вас избегать *всех* негативных эмоций, а говорю толы о тех случаях, когда вы переходите определенные границы. Вспомните, пожалуйста, были ли за последние несколько недель ситуации, когда вы могли б применить бланк РДМ?

П: *(После паузы.)* Ничего не могу вспомнить.

Т: А на следующей неделе может возникнуть ситуация, в которой вам пригодится бланк РДМ?

П: *(После паузы.)* Я могу очень рассердиться на брата, если он решит остаться на лето в колледже, а не приедет домой.

Т: Как вы думаете, будет ли полезно в этой ситуации применить бланк РДМ, записать свои автоматические мысли и ответить на них?

П: Наверное.

## Подготовка к возможным ухудшениям состояния входе терапии

По мере улучшения состояния пациента терапевт готовит его к возможным ухудшениям. Для начала он интересуется, каковы будут мысли пациент, в случае спада настроения. Возможны следующие ответы: "Этого не должно быть"; "Значит, у меня ничего не получилось"; "Я безнадежна/безнадежен"; "Все напрасно"; "Я огорчу терапевта" или "Наверное, мой терапевт в чем-то ошибся";

"Когнитивная терапия мне не подходит"; "Депрессия останется со мной навсегда"; "Это была чистая случайность, что сначала мне стало немного лучше". У некоторых пациентов в подобных ситуациях появляются неприятные мысленные картины. Например, пациент может увидеть себя испуганным, одиноким, печальным, сжавшимся в комок в углу кровати. Терапевт помогает пациенту ответить на подобные мысли и образы и составить копинг-карточ-ки. Также следует представить пациенту график, показанный на рис. 15.1.

Т: Похоже, вам действительно стало лучше. Кажется, депрессия идет на спад.

П: Да, мне лучше.

Т: А помните, как на первой сессии мы обсуждали возможные ухудшения?

П: Немного.

Т: Поскольку *вероятность* ухудшения существует, я предлагаю заранее обсудить, как вы поступите, если это произойдет.

П: Хорошо.

Т: Представьте, пожалуйста, что у вас была плохая неделя. У нас все не ладилось, все валилось из рук. Вам снова все кажется мрачным и безнадежным. Можете ли вы представить себе эту картину?

П: Да. Это точь-в-точь, как было до начала терапии.

Т: Теперь скажите, о чем вы думаете.

П: *(Пауза.)* Это нечестно. Все шло так хорошо. Но ничего не помогло.

Т: А как вы ответите на эти мысли?

П: Не знаю.

Т: У вас есть выбор. С одной стороны, вы можете позволить этим депрессивным мыслям взять над вами верх. Как вы думаете, что в этом случае произойдет с вашим настроением?

П: Наверное, мне снова станет хуже.

Т: Верно. Но *с другой стороны,* вы можете напомнить себе, что это просто временное ухудшение и что это нормально. Как вы будете чувствовать себя в этом случае?

П: Наверное, мне станет лучше или, по крайней мере, не хуже.

Т: Хорошо. Предположим, вы напомнили себе, что это просто временное ухудшение. Теперь вспомните, пожалуйста, чему вы научились за последние несколько недель, что могло бы помочь вам сейчас?

П: Я могу заполнить бланк РДМ или отвлечь свое внимание, сосредоточившись на том, что я должна делать.

Т: Или и то, и другое.

П: Точно! И то, и другое...

Т: Существует ли причина, по которой эти техники, которые уже не раз помогли вам, не помогут?

П: Нет.

Т: Итак, вы можете оценить свои негативные мысли, ответить им [лучше с помощью бланка РДМ] и сосредоточиться на каком-нибудь занятии. Как вы думаете, стоит ли вам записать нее это, чтобы у вас был план действий на случай ухудшения?

## ДЕЙСТВИЯ ТЕРАПЕВТА ПЕРЕД ЗАВЕРШЕНИЕМ КУРСА ТЕРАПИИ

Работа с беспокойством клиента

по поводу изменения частоты сессий

За несколько недель до завершения терапии терапевт предлагает пациенту в качестве эксперимента сделать встречи менее частыми: перейти от еженедельных сессий к сессиям раз в две недели. Некоторые пациенты с готовностью поддерживают это предложение,

но другие начинают тревожиться. Для последних полезно составить перечень преимуществ нового трафика терапевтических сессий. (Если пациенту не удается найти преимущества, терапевт применяет сократический диалог.) Следует также обсудить и *недостатки* изменения графика терапии, чтобы пациент с помощью терапевта нашел альтернативные объяснения (рис. 15.2). Следующий пример демонстрирует подобный диалог.

Т: В прошлый раз я предложил вам пронести эксперимент с изменением графика терапевтических сессий. Вы обдумывали эту возможность? Как вы относитесь к тому, чтобы в дальнейшем какое-то время встречаться раз в две недели?

П: Да, я думала об этом, и очень тревожилась.

Т: А о чем вы думали?

П: Что я буду делать, если произойдет что-то неприятное? Если мне станет хуже, я не справлюсь со своим состоянием...

Т: Вы оценивали эти мысли?

П: Да. Я осознала, что я преувеличиваю, ведь это же еще не конец терапии. И я также вспоминала, что вы предложили звонить вам в случае необходимости.

Т: Верно. А вы представляли конкретную ситуацию, которая окажется для вас трудной?

П: Нет, не представляла.

Т: Давайте попробуем сделать это сейчас.

П: Хорошо. *(Пациентка представляет терапевту воображаемую сложную ситуацию. Она рассказывает, как получает плохую оценку, выявляет сопутствующие автоматические мысли, находит на ню: адаптивные ответы и разрабатывает план дальнейших действий.)*

Преимущества изменения графика терапии.

1. У меня будет больше возможностей использовать и совершенствовать свои навыки.
2. Я стану менее зависимой [от терапевта].
3. Я смогу использовать плату за терапию на другие потребности и интересы.
4. У меня появится больше свободного времени [на другие занятия].

| Недостатки | Измененные утверждения |
|---|---|
| 1. Мое состояние может ухудшиться. | Если мое состояние ухудшится, пусть это произойдет, пока я еще не закончила терапию и смогу легче справиться с этим. |
| 2. Возможно, мне не удастся решить проблемы самостоятельно. | Изменение графика терапии дает мне возможность проверить мое предположение, что я нуждаюсь в терапевте. В долгосрочной перспективе для меня полезнее научиться решать проблемы самостоятельно, поскольку терапия не может длиться вечно. |
| 3. Я буду скучать по нему (терапевту). | Наверное, это правда, но я *смогу* справиться с этим. А еще это заставит меня строить новые взаимоотношения. |

**Рис. 15.2.** Преимущества и недостатки (для Салли) изменения графика терапевтических сессий

Т: Хорошо. А теперь давайте поговорим о вашей второй автоматической мысли; о том, что если вам станет хуже, вы не справитесь со своим состоящем.

П: Наверное, это не совсем так. Вы помогли мне понять, что я смогу пережить ухудшение и справиться с ним. Но мне бы так этого не хотелось...

Т: Давайте представим, что ваша депрессия *действительно* усилилась, а до следующей сессии еще полторы недели. Как вы поступите?

П: Я могу применить какие-нибудь техники. Перечитать записи, сделанные о время терапии, убедиться, что я достаточно занята разными делами, почаще

заполнять бланк РДМ. Где-то в блокноте у меня есть список того, что можно сделать.

Т: Может, вам стоит поискать этот список прямо сейчас?

П: Да. Мне будет лучше, если я полностью разберусь, какие у меня есть возможности.

Т: Хорошо. Давайте в качестве домашнего задания вы найдете этот список и заполните бланк РДМ для этих двух мыслей: "Что я буду делать, если произойдет что-то неприятное?" и "Если мне станет хуже, я не справлюсь со своим состоянием".

П: Хорошо.

Т: У вас есть еще какие-нибудь мысли, касающиеся изменения графика сессий?

П: Ну, есть еще одна. Мне будет не хватать наших встреч и разговоров каждую неделю.

Т: Мне тоже будет их не хватать. А есть кто-нибудь, с кем вы сможете поговорить, хотя бы немного?

П: Кое о чем я могу поговорить со своей соседкой по комнате. А еще я могу позвонить брату.

Т: Замечательные идеи! И их тоже можно добавить в список возможных вариантов действий.

П: Да, так и сделаю.

Т: И наконец, не забывайте, что это всего лишь *эксперимент*. Если он окажется неудачным, мы всегда сможем вернуться к прежним еженедельным сессиям.

## Работа с беспокойством пациента по поводу завершения терапии

Если эксперимент оказался успешным и пациенту удалось переключиться на график проведения сессий раз в две недели, терапевт предлагает следующее изменение: встречаться раз в месяц, теперь уже в качестве подготовки к завершению терапии. Как и раньше, терапевт подчеркивает, что это всего лишь эксперимент, и на каждой последующей сессии договаривается с пациентом, продолжать встречи по новому графику или вернуться к прежнему.

Подойдя к завершению терапии, важно выявить автоматические мысли пациента по этому поводу. Некоторые пациенты ожидают окончания терапии в радостном возбуждении и полны надежд, другие объяты страхом и даже злятся. Но у большинства пациентов в связи с предстоящим окончанием терапии

возникают смешанные чувства: их радует улучшение состояния, но пугает возможность рецидива. Некоторых пациентов огорчает предстоящая разлука с терапевтом.

Важно как признать чувства пациента, так и помочь ему ответить на все искаженные мысли. Желательно, чтобы терапевт сам искренне выразил свои чувства: некоторое сожаление по поводу постепенного

прекращения отношений с пациентом, но в то же время - гордость за его успехи, достигнутые благодаря совместной работе, а кроме того, веру в пациента и его силы, надежду, что в будущем он сумеет преодолевать сложности. Поиск ответов на искаженные автоматические мысли и анализ преимуществ и недостатков завершения терапии проводится согласно тому же алгоритму, как и во время обсуждения мыслей в отношении изменения графика сессий.

## Обзор материала, усвоенного в процессе терапии

Терапевт побуждает пациента перечитать и отредактировать все записи, сделанные во время терапевтических сессий, чтобы пользоваться ими в будущем. В качестве домашнего задания можно предложить пациенту составить конспект ключевых тезисов терапии и усвоенных навыков, а затем проанализировать его вместе с терапевтом.

## Сессии самотерапии

Несмотря на то что в действительности лишь немногие пациенты проводят формальные сессии самотерапии, тем не менее план самотерапии (см. рис. 15.3) полезно обсудить с каждым пациентом. Можно предложить пациенту проводить сессии самотерапии, когда меняется график сессий (на менее частые). В этом случае у пациента есть возможность получить консультацию терапевта по поводу возникающих в процессе самотерапии проблем (нехватка времени, непонимание сути самотерапии и т.д.) и мыслей, которые препятствуют проведению самотерапии (например: "Это очень сложно", "Мне это не нужно", "У меня ничего не получится"). Терапевт помогает пациенту ответить на эти мысли и, кроме того, напоминает ему о преимуществах сессий самотерапии:

- пациент продолжает терапевтическую работу, но в удобном для него ритме и без руководства;
- он может поддерживать недавно освоенные навыки в рабочем состоянии;
- он учится находить выход из затруднений еще до того, как они усугубятся и превратятся в глубокие проблемы.

## План сессии самотерапии.

1. *Определить повестку дня.*
   - *О каких важных вопросах/ситуациях я должен подумать сегодня?*

2. *Проанализировать домашнее задание.*
   - Чему я научился?
   - Если я не выполнил домашнее задание, что помешало мне (проблемы практического характера, автоматические мысли)?
   - Каким образом я могу повысить вероятность выполнения домашнего задания в следующий раз?
   - Что я должен продолжать выполнять в качестве домашнего задания?

3. *Обзор прошлой недели (прошлых недель).*
   - Помимо выполнения домашнего задания, применял ли я приемы когнитивной терапии?
   - Оглядываясь назад, если бы я больше применял приемы когнитивной терапии, принесло бы мне это пользу?
   - Как я могу напомнить себе применить эти приемы в будущем?
   - Что хорошего произошло за это время (начиная с последней бустерной сессии)? За что я могу похвалить себя?
   - Возникали ли проблемы? Если да, то насколько успешно мне удалось с ними справиться? Если какая-то проблема возникнет снова, как я могу с ней справиться?

4. *Обдумать актуальные проблемные вопросы/ситуации.*
   - Смотрю ли я на эту проблему реалистично? Или мои реакции чрезмерны?
   - Могу ли я взглянуть на это иначе?
   - Что я могу сделать?

5. *Предсказать возможные проблемы, которые могут возникнуть между текущей и следующей сессиями.*
   - Какие проблемы могут возникнуть в следующие несколько дней или недель?
   - Как я могу разрешить их?
   - *Полезно ли будет представить, как я справляюсь с этой проблемой?*
   - Какие позитивные события можно ожидать?

6. *Определить новое домашнее задание.*
   - Что будет полезно выполнить в качестве домашнего задания? Подумать над следующими возможностями.
     - а. Заполнить бланк РДМ.
     - б. Проводить мониторинг видов деятельности.
     - в. Запланировать приятные занятия.
     - г. Применять технику последовательного приближения.
     - д. Перечитывать записи, сделанные во время терапии.
     - е. Совершенствовать навыки, например релаксацию или умение справляться с обидами.
     - ж. Создать список похвальных дел.
   - Какое поведение я хочу изменить?

7. *Назначить дату следующей сессии самотерапии.*
   - Когда будет следующая сессия самотерапии? Сколько должно пройти времени?
   - Должен ли я проводить последующие сессии самотерапии регулярно: в начале каждой недели, месяца, квартала?

**Рис. 15.3.** План сессии самотерапии. 

Терапевт обращает внимание пациента на то, что с помощью сессий самотерапии тот сумеет предотвратить рецидив расстройства и применить все, чему он научился в процессе когнитивной психотерапии, чтобы во многих смыслах улучшить свою жизнь.

Терапевт изменяет стандартный план самотерапии (пример приведен на рис. 15.3) в соответствии с индивидуальными потребностями пациента. Многим пациентам необходимо представить систему напоминаний: "Вначале вам следует проводить сессии самотерапии раз в неделю. Затем - раз или два в месяц, затем раз в квартал, и наконец, раз в год. Как вы можете напоминать себе, что следует обращаться к плану самотерапии с такой периодичностью?"

## Подготовка к возможным ухудшениям состояния после завершения терапии

Как мы подчеркивали выше, терапевт начинает готовить пациента к возможным ухудшениям состояния с самого начала терапии. А подойдя к ее завершению, терапевт побуждает пациента определить стратегию поведения в случае рецидива после окончания терапии и составить соответствующую копинг-карточку. Пациент может составить копинг-карточку вместе с терапевтом непосредственно во время сессии или самостоятельно, в качестве домашнего задания (на рис. 15.4 приведен пример подобной копинг-карточки).

**Мои возможности в случае рецидива**

*У меня есть выбор. Я могу катастрофизировать рецидив, расстроиться, поверить, что все — безнадежно, и наверняка мне станет хуже. Или я могу вернуться к моим записям, сделанным во время терапевтических сессий, вспомнить, что рецидивы — это нормальная часть выздоровления, и подумать, чему я могу научиться благодаря рецидиву. Так я почувствую себя лучше и смогу поскорее справиться с рецидивом. Затем я должна провести сессию самотерапии и подумать, как преодолеть текущие трудности.*

*И наконец, я могу позвонить [моему терапевту] и кратко рассказать ему о том, что я сделала сама, и/или обсудить [с ним] возможность встречи, если мне это покажется целесообразным.*

**Рис. 15.4.** Копинг-карточка Салли на случай возможного рецидива

Желательно, чтобы в случае возникновения трудностей пациент попытался разрешать их самостоятельно, прежде чем обращаться за помощью к терапевту. Вполне возможно, что его попытка увенчается успехом. В противном случае во время очередной сессии терапевт разбирает с пациентом, что помешало

успешному самостоятельному разрешению проблемы или предотвращению рецидива, и на будущее они разрабатывают иную стратегию поведения.

## БУСТЕРНЫЕ СЕССИИ

Терапевт предлагает пациенту провести после окончания курса терапии несколько *бустерных сессий*. На то есть несколько причин.

- Пациент может обсудить с терапевтом свои текущие трудности, найти возможности их преодоления и выбрать лучшие.
- Терапевт помогает пациенту "предсказать" возможные проблемы и разработать план выхода из сложных ситуаций.
- Пациент с большей вероятностью станет проводить сессии самотерапии, зная, что терапевт поинтересуется его успехами в этом отношении.
- Терапевт поможет пациенту определить, не активизировались ли снова его измененные в ходе терапии дисфункциональные убеждения. Если это произошло, на бустерной сессии проводится когнитивная перестройка, а в качестве домашнего задания разрабатывается план дальнейшей работы.
- На бустерных сессиях терапевт определяет, не активизировались ли дисфункциональные поведенческие стратегии, например стремление к изоляции.
- Пациент может поставить новые или ранее не достигнутые цели и поработать с терапевтом над планом по их достижению.
- Пациент и терапевт могут вместе оценить план самотерапии и в случае необходимости изменить его.

И наконец, осознание того, что после окончания терапии состоятся бустерные встречи, смягчает тревогу пациента.

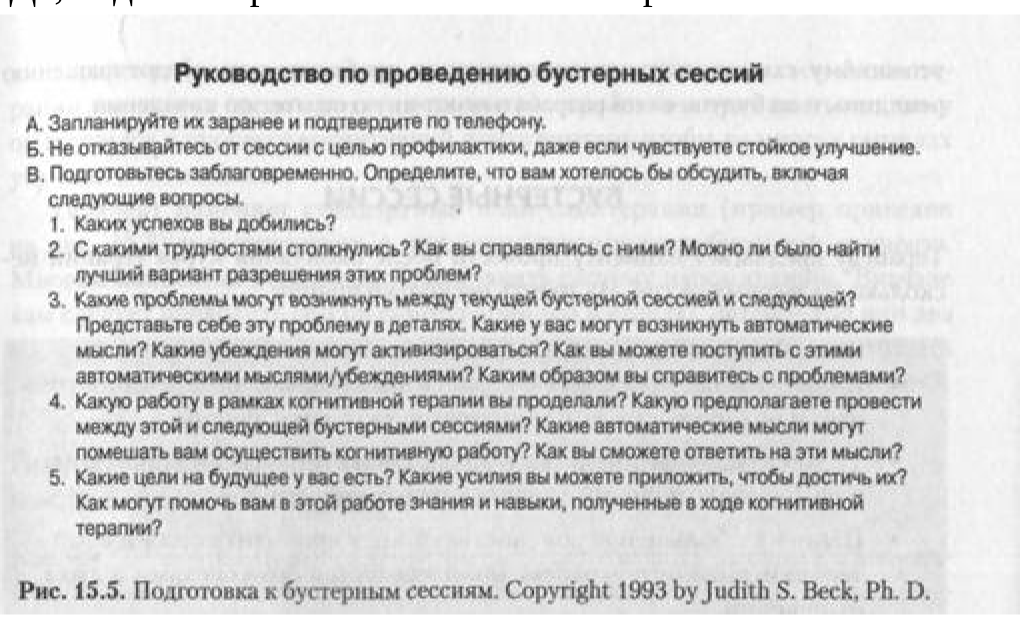
Для подготовки к бустерным сессиям терапевт предлагает пациенту ответить на ряд вопросов (рис. 15.5).

Как видно из следующего примера, общая цель терапевта при проведении бустерных сессий - оценить состояние пациента и

наметить план дальнейшего закрепления достигнутых ранее результатов.

Т: Рад видеть вас. Из заполненною вами теста (Шкала депрессии Бека) видно, что вы чувствуете себя немного хуже, чем па момент завершения сессии.

П: Да, недавно я рассталась со своим парнем.



**Руководство по проведению бустерных сессий**

А. Запланируйте их заранее и подтвердите по телефону.
Б. Не отказывайтесь от сессии с целью профилактики, даже если чувствуете стойкое улучшение.
В. Подготовьтесь заблаговременно. Определите, что вам хотелось бы обсудить, включая следующие вопросы.
1. Каких успехов вы добились?
2. С какими трудностями столкнулись? Как вы справлялись с ними? Можно ли было найти лучший вариант разрешения этих проблем?
3. Какие проблемы могут возникнуть между текущей бустерной сессией и следующей? Представьте себе эту проблему в деталях. Какие у вас могут возникнуть автоматические мысли? Какие убеждения могут активизироваться? Как вы можете поступить с этими автоматическими мыслями/убеждениями? Каким образом вы справитесь с проблемами?
4. Какую работу в рамках когнитивной терапии вы проделали? Какую предполагаете провести между этой и следующей бустерными сессиями? Какие автоматические мысли могут помешать вам осуществить когнитивную работу? Как вы сможете ответить на эти мысли?
5. Какие цели на будущее у вас есть? Какие усилия вы можете приложить, чтобы достичь их? Как могут помочь вам в этой работе знания и навыки, полученные в ходе когнитивной терапии?

**Рис. 15.5.** Подготовка к бустерным сессиям. Copyright 1993 by Judith S. Beck, Ph. D.

Т: Как жаль. Вы думаете, что вам стало хуже именно из-за этого?

П: Думаю, да. До прошлой недели я была в полном порядке.

Т: Хотите включить в повестку дня этот вопрос: разрыв отношений с прутом?

П: Хочу. И еще мои успехи, вернее, их отсутствие, в поиске временной работы на лето.

Т: Хорошо, Салли. Еще мне хотелось бы узнать, как в целом у вас дела. Какие за это время были трудности и как вы их преодолевали? Вы выполняли домашние задания по когнитивной терапии? А еще я предлагаю поговорить о проблемах, с которыми вы можете столкнуться в ближайшее время.

П: Хорошо.

Т: Давайте начнем с разрыва отношений. Расскажите, пожалуйста, как именно это произошло? *(Терапевт и пациент обсуждают эту ситуацию. Терапевт внимательно выслушивает Салли и выясняет, активизировались ли Ч лее старые дисфункциональные убеждения.) (Подводит итог.)* Значит, ваши отношения ухудшились, и он сказал

вам, что больше не хочет встречаться с вами? О чем вы думали, когда он это говорил?

П: Что он совсем меня не любит.

Т: Если он действительно вас не любит, что это значит для вас?

П: Это значит, что мне надо искать кого-нибудь другого.

Т: И что *это* означает для вас, что вам надо искать кого-нибудь другого?

П: Это будет сложно.

Т: И что *это* означает для вас, что это будет сложно?

П: Наверное, это означает, что я не очень-то нравлюсь парням... Наверное я не очень привлекательная.

Т: Насколько вы были уверены в этом, что вы непривлекательны, когда ваш друг сказал вам, что хочет порвать с вами?

П: На 90%.

Т: А насколько вы уверены в этом сейчас?

П: Наверное, на 50 или 60%.

Т: В чем причина этой разницы?

П: По правде говоря, какая-то часть меня понимает, что мы не очень-то подходили друг другу.

Т: Значит, вам удалось изменить это старое представление о собственной непривлекательности?

П: Частично.

Т: Очень хорошо! А что из усвоенного во время терапии может помочь вам еще больше ослабить это представление о непривлекательности и укрепить мысль, что вы привлекательны?

П: Наверное, мне стоит заполнить бланк РДМ. И просмотреть свои записи, которые я сделала во время терапии. Там много об этом.

П: Вы правы. А вы уже думали заняться этим?

П: Да. Но тогда мне все показалось бесполезным.

Т: А что вы думаете сейчас?

П: Это помогало мне раньше и, значит, должно помочь снова.

Т: Что может помешать вам?

П: Ничего. Я сделаю это. Наверное, это поможет.

Т: А может ли мысль "Все это бесполезно" появиться снова, когда у вас возникнут трудности?

П: Может, конечно.

Т: Что вы можете сделать сейчас, чтобы повысить вероятность того, что вы проверите эту мысль?

П: Что я могу сделать *сейчас?*

Т: Да. Что вы можете сделать, чтобы напомнить себе, что у вас уже возникала эта мысль, но затем вы осознали, что она неправильна?

П: Я должна записать ее и, возможно, повесить листок над письменным столом.

Т: Хорошо. Не хотите ли записать кое-что из того, что мы только что обсудили, - заполнение бланка РДМ по поводу мысли о непривлекательности, изучение записей, сделанных во время терапии, запись ответа на мысль "Все это бесполезно"?

Затем терапевт оценивает уровень депрессии пациентки, намечает повестку дня, обсуждает вопросы повестки дня и помогает пациентке определить домашнее задание. Терапевт убеждается, что депрессия Салли неглубока и что ухудшение возникло исключительно из-за разрыва отношений с другом. В противном случае терапевт уделил бы больше времени поиску причин ухудшения, выявлению и изменению дисфункциональных убеждений пациентки, ее мыслей и моделей поведения. Возможно, он предложил бы Салли прийти па дополнительную сессию или даже несколько сессий.

В нашем примере Салли легко удалось выразить свои автоматические мысли и лежащие в их основе убеждения. Вместе с терапевтом они быстро разработали план изменения ее искаженных идей. Судя по всему, она хорошо освоила соответствующие навыки в ходе терапии и бустерная сессия была необходима ей в качестве напоминания, как их применять.

Резюмируя сказанное в этой главе, следует отметить, что предупреждение рецидива расстройства - задача, актуальная на протяжении всей терапии. Изменение режима проведения сессий и завершение терапии сопряжены с риском возникновения ряда проблем, разрешение которых предполагает нахождение ответов на дисфункциональные мысли и убеждения пациента.

# ГЛАВА 16 СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ

На любом этапе терапевтического процесса терапевту следует определять, каким должен быть его следующий шаг, что ему говорить, что делать. Частично мы уже отвечали на эти вопросы. В этой же главе мы даем более четкие указания для принятия организационных решений и планирования терапии. По ходу лечения терапевт постоянно держит в уме вопрос: "Какова проблема пациента и чего я пытаюсь достичь?", а также учитывает цели каждой части сессии и терапии в целом.

В этой главе мы рассматриваем ряд вопросов, которые напрямую касаются эффективного планирования терапии: достижение широких терапевтических целей, планирование вмешательства на протяжении сессий, разработка плана лечения, планирование отдельных сессий, принятие решения о том, стоит ли рассматривать проблему, а также изменение стандартного лечения для конкретных расстройств.

## ДОСТИЖЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЦЕЛЕЙ В ШИРОКОМ СМЫСЛЕ

Прежде всего, терапевт стремится добиться ремиссии расстройства и предупредить рецидив. Обратите внимание: речь идет не только об избавлении пациента от симптомов расстройства и помощи ему в изменении дисфункциональных мыслей и поведения, но и обучении его, и мотивировании на продолжение самостоятельной работы после завершения терапии. Другими словами, терапевт учит пациента быть своим собственным терапевтом. Чтобы достичь этих глобальных терапевтических целей, терапевт должен выполнить следуют

1. Установить с пациентом прочный терапевтический альянс.
2. Разъяснить пациенту структуру и процесс терапии.

3. Обучить пациента когнитивной модели и поделиться с ним своей концептуализацией.
4. Способствовать улучшению состояния пациента, применяя когнитивные и поведенческие техники, а также технику решения проблем.
5. Обучить пациента правильному самостоятельному использованию когнитивных техник, помочь ему распространить применение этих техник на другие проблемы и мотивировать его на обращение к ним в будущем.

## ПЛАНИРОВАНИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПРОТЯЖЕНИИ СЕССИЙ

Терапевт разрабатывает как общий план терапии, так и план каждой сессии. Терапию можно представить в трех фазах: начало, основная часть и завершение. В начальной фазе лечения (см. главу 4) терапевт стремится: установить прочный терапевтический альянс; выявить и определить цели пациента в отношении терапии; работать над решением проблем пациента; обучить его когнитивной модели; стимулировать поведенческую активность пациента (особенно если он страдает депрессией и избегает всякой активности и межличностного взаимодействия); разъяснить пациенту природу его расстройства; обучить пациента выявлять и оценивать свои автоматические мысли, а также отвечать на них; социализировать пациента (побуждать его к выполнению домашнего задания, определению повестки дня, предоставлению обратной связи терапевту); познакомить пациента с копинг-стратегиями. На начальной стадии терапии терапевт часто принимает на себя ведущую роль в определении повестки дня и домашнего задания.

В основной (средней) фазе терапии терапевт продолжает работать над достижением указанных целей, но делает упор на выявлении, оценивании и изменении убеждений пациента. Он делится с пациентом своей когнитивной концептуализацией и применяет как "эмоциональные", так и "рациональные" техники, чтобы изменить его дисфункциональные убеждения. Кроме того, терапевт (в случае необходимости) помогает пациенту переформулировать его цели и

обучает навыкам, которые необходимы для достижения целей, но развиты у пациента недостаточно.

В завершающей фазе лечения акцент смещается на подготовку к окончанию терапии и предупреждение рецидива расстройства (см. главу 15). К этому времени пациент становится гораздо активнее в терапии, играет ведущую роль

в определении повестки дня, проведении техники решения проблем и обсуждении домашнего задания.

## РАЗРАБОТКА ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ

Терапевт разрабатывает план лечения, основываясь на своем видении пациента, его симптомах и расстройствах по Осям 1 и 2. Он также руководствуется содержанием жалоб пациента. Например, Салли на первой терапевтической сессии представила свои четыре цели: улучшить успеваемость, меньше волноваться перед экзаменами, больше общаться и участвовать в различных мероприятиях и/или найти работу на неполный рабочий день. Основываясь на результатах первичного обследования Салли и содержании этих целей, терапевт разрабатывает общий план лечения (рис. 16.1). На каждой сессии он работает над некоторыми аспектами плана, и их выбор обусловлен тем, чего удалось достичь на предыдущей сессии (и в ходе проведенной работы в целом), на результатах выполнения пациентом домашнего задания и темах, предложенных самой Салли для текущей повестки дня. Терапевт также рассматривает каждую конкретную проблему или цель и подвергает ее критическому анализу, мысленно или в письменной форме (рис. 16.2).

Разработав общий план лечения, терапевт придерживается его более или менее строго, в зависимости от своего опыта, а также пересматривает и изменяет по мере необходимости. Так, анализируя конкретные проблемы пациента, терапевт изменяет план лечения согласно его индивидуальным потребностям. Все сказанное позволяет терапевту структурировать каждую отдельную сессию, поддерживать направление терапии от сессии к сессии и отслеживать результаты лечения.

**План лечения Салли**

**1. Улучшить способность к концентрации, поиск помощи в учебе, больше общаться с людьми, участвовать в школьных мероприятиях.**

**2.Помочь ей выявить и оценить автоматические мысли о себе, учебе, окружающих, терапии, особенно те, которые причиняют особое беспокойство или препятствуют решению проблем, а также сформулировать адаптивные ответы на них.**

**3.Изучить дисфункциональные убеждения, связанные с перфекционизмом и обращением за помощью к окружающим.**

**4.Обсудить ее склонность к самокритике и повысить ее самоуважение.**

**5. Помочь избавиться от чрезмерной потребности в отдыхе.**

Рис. 16.1. План лечения Салли

## Анализ проблемы

А. Типичные проблемные ситуации.

| Ситуация | → Автоматические мысли | → Эмоции, поведение, физиологические реакции | | |
|---|---|---|---|---|
| Работа в библиотеке | → У меня ничего не получится<br>Я не понимаю<br>Я никогда не разберусь в этом<br>Я дура<br>Меня выгонят из колледжа | → Грусть | → Прекращает заниматься → | |
| Подготовка к завтрашним занятиям в своей комнате | → Это безнадежно | → Грусть | → Лежит на кровати | → Плачет |

Б. Дисфункциональное поведение.

1. Продолжает снова и снова перечитывать материал, не понимая его, или прекращает заниматься.
2. Не удается ответить на автоматические мысли.
3. Не обращается за помощью.

В. Когнитивные искажения.

1. Объясняет проблему собственной слабостью, а не депрессией.
2. Видит будущее в мрачном свете, ощущает безнадежность.
3. Предполагает, что она беспомощна перед этой проблемой, и не предпринимает никаких действий.
4. Возможно, ставит знак равенства между своей ценностью как личности и своими достижениями.

Г. Терапевтические стратегии.

1. Найти решение проблемы. Перейти к другой теме, если после второго прочтения понимание темы остается на низком уровне. Разработать план получения официальной и неофициальной помощи от преподавателей, их помощников, репетитора или сокурсников. На сессии составить копинг-карточки, предназначенные для чтения перед началом и в ходе подготовки к экзамену.
2. Отслеживать настроение. Использовать "экран активности", чтобы отмечать на нем периоды подготовки к занятиям и экзаменам, и оценивать на континууме от 0 до 10 глубину тревоги и/или грусти. Если оценки выше 3, записать сопутствующие автоматические мысли.
3. Использовать вопросы сократического диалога для оценки автоматических мыслей. Обучить применению бланка по работе с дисфункциональными мыслями (РДМ).
4. Применить контролируемое исследование, чтобы вскрыть значение автоматических мыслей; облечь их в форму условия (если... то) и проверить.
5. Если необходимо, применить когнитивный континуум для иллюстрации того факта, что степень достижений можно рассматривать не исключительно в полярных терминах успеха или неудачи.

**Рис. 16.2.** Анализ проблемы № 1: трудности с учебой

## ПЛАНИРОВАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ СЕССИЙ

Перед началом и в процессе каждой сессии терапевт задает себе ряд вопросов, чтобы сформировать полный план сессии в качестве руководства к проведению терапии. Основные вопросы следующие: "Чего я пытаюсь достичь?

Каковы мои самые эффективные возможности?" Опытный терапевт отвечает на многие возникающие вопросы автоматически. Ниже мы приводим перечень вопросов, который может испугать начинающего терапевта, но, тем не менее представляет собой полезное руководство для более опытного специалиста желающего улучшить свою способность строить терапевтические сессии. Этот список рекомендуется читать перед сессией.

1. Просматривая *перед началом новой сессии* свои записи, сделанные во время предыдущей сессии, терапевт задает себе следующие вопросы.

а. Какое расстройство у пациента? Насколько сильно оно проявляется по сравнению с началом терапии?

б. Каким образом надо изменить (и надо ли) стандартную когнитивную терапию, исходя из индивидуальных особенностей и потребностей этого пациента и течения его расстройства?

в. Какова моя концептуализация трудностей пациента? (Здесьтерапевту следует обратиться к диаграмме когнитивной концептуализации.)

г. На какой стадии терапии (начало, основная часть, завершение) находится сейчас пациент? Сколько сессий у нас еще в запасе (в том случае, если существуют заранее установленные рамки терапии)?

д. Каковы основные жалобы (проблемы) пациента и его цели? Каких улучшений мы достигли по каждой из них? Какие мы уже рассматривали?

с. Какие изменения наблюдаются в настроении пациента, его поведении? Как изменилась степень проявления симптомов?

ж. Насколько прочен наш с пациентом терапевтический альянс? Что я могу сделать (в случае необходимости), чтобы еще больше его укрепить?

з. На каком *когнитивном* уровне мы преимущественно работали: автоматические мысли, промежуточные убеждения, глубинные убеждения или сочетание разных когниций? Какого успеха мы достигли по каждому из уровней?

и. Над какими поведенческими изменениями мы работали? успеха достигли?

к. Как прошли последние несколько терапевтических сессий? Какие дисфункциональные представления или убеждения актуализировались? Что мы делали, чтобы справиться с ними? Над отработкой каких навыков мы работали? Какой (какие) из них я желал усилить? Каким новым навыкам я хочу обучить пациента?

л. Как прошла последняя терапевтическая сессия? Каким было домашнее задание? Какие дополнительные меры я принял (например, позвонил врачу пациента или порекомендовал ему книгу/статью, созвучную по содержанию его трудностям)?

2. В начале терапевтической сессии терапевт оценивает *настроение пациента* и задает себе следующие вопросы.

а. Как себя чувствует пациент по сравнению с предыдущей сессией? В сравнении с общей картиной его расстройства? Каковы его успехи?

б. Какие эмоции преобладают в его настроении (например, грусть, тревога, злость или стыд)?

в. Соответствуют ли объективные данные обследования субъективному описанию пациентом собственного состояния? Если нет, то в чем причина несоответствия?

г. Есть ли что-нибудь, касающееся настроения пациента, что мы должны вынести на повестку дня и обсудить подробнее?

3. Выслушивая рассказ пациента о минувшей неделе, терапевт задает себе следующие вопросы.

а. Как прошла эта неделя по сравнению с предыдущей?

б. Есть ли признаки улучшения, и какие?

в. С какими сложностями столкнулся пациент на минувшей неделе?

г. Случилось ли что-нибудь, что укрепило или ослабило надежду пациента на успех терапии и достижение его целей?

д. Произошло ли что-нибудь на прошлой неделе, что мы должны внести в повестку дня и обсудить подробнее?

4. Проверяя, использует ли пациент *алкоголь, наркотики или медикаменты* (если это необходимо), терапевт спрашивает себя.

а. Существуют ли проблемы, связанные с этими аспектами жизни пациента?

б. Есть ли вопросы, которые мы должны вынести на повестку дня и обсудить подробнее?

5. Запрашивая у пациента обратную связь и обсуждая с ним *предыдущую сессию*, терапевт спрашивает себя.

а. Похоже ли, что пациент честно предоставляет обратную связь? Если нет, должен ли я мягко отметить это? Вынести этот вопрос на повестку дня? Отложить его до следующей сессии?

б. Что мне необходимо сделать (если необходимо), чтобы укрепить наш с пациентом терапевтический альянс?

в. Помнит ли пациент содержание предыдущей сессии? Может ли он отметить своими словами самые важные ее моменты? Если нет, то связано ли это с тем, что записей, сделанных им, оказалось недостаточно? Следует ли вынести этот вопрос на повестку дня текущей сессии?

6. На этапе определения *повестки дня* терапевт задает себе следующие вопросы.

а. Над какой проблемой следует поработать в первую очередь? Какая проблема сейчас самая актуальная для пациента? Какую вероятнее всего удастся разрешить? Решение какой проблемы сразу же принесет пациенту облегчение?

б. Какую проблему можно использовать в качестве примера, чтобы обучить пациента необходимым навыкам или закрепить их?

в. Может ли обсуждение какой-либо темы привести к обратным результатам? (Например, па начальном этапе терапии некоторые проблемы могут оказаться слишком сложными.) Может ли рассмотрение конкретной проблемы активизировать глубинное убеждение в такой степени, что пациент будет не в силах справиться с ним с помощью имеющихся у него на данный момент знаний и навыков?

7. В ходе определения *приоритетных тем* повестки дня терапевт спрашивает себя.

а. Сколько времени требуется для обсуждения каждого пункта повестки дня? Сколько всего вопросов нам удастся обсудить в ходе

этой сессии?

б. Существуют ли проблемы, которые пациент может разрешить самостоятельно, обратившись за внешней помощью, или которые отложить на следующую сессию?

в. Каковы мои главные цели на эту сессию: улучшить настроение пациента, способствовать когнитивным или поведенческим изменениям, помочь ему решить проблему (проблемы), укрепить терапевтический альянс? Обсуждение каких проблем/вопросов с большей вероятностью будет способствовать достижению этих целей?

г. Как эти проблемы/вопросы согласуются с тем, что наиболее важно для пациента?

д. Сколько времени нам следует отвести на обсуждение каждой из проблем/тем?

8. Когда терапевт и пациент *анализируют выполнение домашнего задания,* терапевт спрашивает себя.

а. Как содержание этого домашнего задания связано с пунктами повестки дня? Должны ли мы отложить обсуждение данной части домашнего задания до тех пор, пока не рассмотрим определенную тему повестки дня?

б. Какую часть домашнего задания выполнил пациент? Если небольшую, что ему помешало?

в. Оказалось ли домашнее задание полезным? Если нет, в чем причина? Если да, что пациент усвоил?

г. Как мы должны изменить домашнее задание этой сессии, чтобы оно оказалось более эффективным?

9. Когда терапевт и пациент обсуждают *первый пункт повестки дня,* терапевт задает себе следующие вопросы.

*Определение проблемы*

а. В чем состоит конкретная проблема?

б. Б каких ситуациях она возникает?

в. Почему эта проблема актуальна для *пациента'?* Что дает *мне* основания думать, что эта проблема значима для пациента?

г. Как эта проблема вписывается в общую когнитивную концептуализацию пациента? Как она соотносится с его (и моими) общими целями в отношении терапии?

д. Какую роль в наличии этой проблемы играют (если играют) мышление и поведение пациента?

*Разработка стратегии*

а. Можем ли мы незамедлительно приступить к решению проблемы? Какие мысли и убеждения могут нам помешать?

б. Над какими мыслями и убеждениями нам следует поработать, чтобы вызвать желаемые поведенческие изменения? Какие новые, но тематически сходные мысли или убеждения оказались бы более адаптивными для данного пациента? Как эти новые мысли и убеждения со относятся с моей концептуализацией пациента?

в. Как я могу предложить пациенту изменить поведение, чтобы вызвать необходимые когнитивные изменения?

*Выбор техник*

а. Чего именно я стремлюсь достичь, когда мы с пациентом обсуждаем пункты повестки дня?

б. Какие техники ранее в моем опыте оказались эффективными с данным пациентом (или с другими пациентами, имевшими сходные проблемы)? Какие были неэффективными?

в. Какую технику следует применить первой?

г. Как я могу оценить ее эффективность?

д. Я только применю эту технику или применю ее, а затем обучу пациента ее использованию?

*Контроль результатов терапии*

а. Работаем ли мы вместе, как команда?

б. Удалось ли мне войти к пациенту в доверие?

в. Есть ли у пациента автоматические мысли (о нем самом, о техниках, о терапии в целом или обо мне, о будущем), которые препятствуют эффективному проведению лечения?

г. Улучшается ли по ходу терапии настроение пациента?

д. Насколько удачно работает эта техника? Следует ли нам продолжать ее применение? Или попробовать что-нибудь другое?

е. Удастся ли нам вовремя закончить обсуждение каждого пункта повестки дня? Если нет, следует ли мне прерывать разговор и принимать совместное с пациентом решение: продолжать ли обсуждение данного вопроса за счет сокращения продолжительности обсуждения других вопросов (или вовсе отложить их рассмотрение)?

ж. Какую последующую работу (то есть домашнее задание) я должен предложить пациенту, чтобы закрепить навыки, приобретенные им в ходе этой сессии?

з. Как пациент запомнит важные моменты, о которых мы говорили сегодня? Делает ли пациент достаточно записей в процессе терапии.

10. *Продолжая обсуждение первого пункта повестки дня,* терапевт себе следующие вопросы.

а. Каково сейчас самочувствие пациента?

б. Необходимо ли мне принять какие-либо меры по восстановлению или укреплению раппорта?

в. Позаботился ли я о том, чтобы закрепить усвоенное в ходе обсуждения этого вопроса (с помощью домашнего задания, договоренности

внести этот вопрос в повестку дня следующей сессии или отложить дальнейшее обсуждение)?

г. Сколько осталось времени до конца сессии? Есть ли у нас время для обсуждения другого вопроса повестки дня?

11. *Прежде чем завершить сессию,* терапевт задает себе следующие вопросы.

а. Необходимо ли мне настаивать на получении обратной связи от пациента, если очевидно, что она окажется негативной?

б. Если я получил негативную обратную связь, как мне поступить?

в. Как пациент понимает главную тему сегодняшней сессии?

г. Запомнит ли он информацию, которую я предоставил ему в ходе сегодняшней сессии? Определили ли мы подходящее домашнее задание?

12. *После завершения сессии* терапевт задает себе такие вопросы.

а. Следует ли мне уточнить концептуализацию данного пациента?

б. Какие вопросы целесообразно рассмотреть на следующей сессии? В дальнейшем в процессе терапии?

в. Требуется ли улучшить наши с пациентом взаимоотношения, укрепить наш терапевтический альянс?

г. Если бы я мог провести эту же сессию снова, что я сделал бы по-другому?

## ВЫБОР ПРОБЛЕМЫ-"МИШЕНИ"

Ключевой вопрос каждой терапевтической сессии заключается в том, какой вопрос рассмотреть. И хотя терапевт привлекает к принятию этого решения пациента, он избегает обсуждения проблем,

которые ухудшают состояние пациента, а также тех, разрешение которых не будет способствовать значительному улучшению состояния пациента во время сессии. Терапевт также уходит от обсуждения вопросов, которые, по его мнению, пациент способен разрешить самостоятельно, проблем, которые являются изолированными эпизодами и маловероятно, что они повторятся, а также тех, которые не причиняют пациенту значительного беспокойства и не сопряжены с выраженными отрицательными эмоциями и/или которые, вероятно, приведут к неэффективному использованию времени, отведенного на терапию.

Выявив и четко очертив проблему, терапевт определяет, сколько времени и усилий следует ей уделить. Для этого он уточняет проблему, определяет свои возможности, принимает во внимание различные практические аспекты,

а также текущую стадию терапии, и проводит всесторонний анализ проблемы. Далее подробно описаны эти пять шагов.

## Сбор данных о проблеме

Когда пациент впервые заявляет о трудности или когда ее наличие проявляется в ходе сессии, терапевт определяет, заслуживает ли она внимания и вмешательства. Например, Салли вынесла на повестку дня новую проблему: бизнес ее отца идет на убыль, что огорчает девушку. Терапевт задает Салли несколько вопросов, чтобы оценить, насколько полезно будет уделить существенную часть терапевтической сессии работе над этой проблемой.

Терапевт: Значит, вы хотели рассказать что-то о своем отце и его бизнесе?

Пациент: Да. В последнее время у него не ладились дела, и сейчас, похоже, его фирме грозит банкротство.

Т: *(Уточняет сведения.)* Если этот кризис приведет к банкротству, как это повлияет на вас?

П: Я буду очень огорчена. Конечно, мне не придется голодать, но... он столько вложил в эту работу...

Т: *(Определяет, присутствует ли искажение в мышлении пациентки.)* Как вы думаете, что произойдет, если дело закончится банкротством?

П: Отец наверняка займется новым бизнесом. Он не тот человек, который может просто лежать на диване и ничего не делать.

Т: *(Продолжает оценивать, не является ли мышление пациентки дисфункциональным.)* Что в этом самое плохое для вас?

П: То, что папе будет очень сложно.

Т: Как вы чувствуете себя, когда думаете об этом?

П: Мне плохо... грустно...

Т: Насколько грустно?

П: На75%.

Т: *(Проверяет, может ли пациентка представить себе продолжение ситуации.)* Не кажется ли вам, что хотя вначале вашему отцу будет плохо, но временем его состояние изменится? Что он наверняка начнет новый бизнес и почувствует себя лучше?

П: Да, я думаю, что так оно и будет.

Т: Как вы думаете, нормальна ли ваша грусть в этой ситуации или она *ком* беспокоит вас?

П: Наверное, это нормальная реакция.

Т: *(Уже определил, что дальнейшей работы эта проблема не требует.)* Что-нибудь еще волнует вас в связи с этой ситуацией?

П: Нет.

Т: Жаль, что у вашего отца возникли такие проблемы. Держите меня в курсе, как будут развиваться события.

П: Хорошо.

Т: А сейчас я предлагаю перейти к следующему пункту нашей повестки дня.

В следующем примере терапевт выясняет, что озвученная пациентом проблема *действительно* требует терапевтического вмешательства.

Т: Салли, вы, кажется, хотели поговорить о своем жилье в следующем учебном году?

П: Да. Я так расстроена. Мы с соседкой по комнате решили жить вместе. Но она говорит, что ей надоел студенческий городок. Поэтому нам придется искать квартиру в Уэст-Филл или в пригороде. А поскольку соседка по комнате уезжает на весенние каникулы домой, этим придется заниматься мне.

Т: Вспомните, пожалуйста, когда вы были больше всего огорчены этой ситуацией?

(Предполагая, что дистресс пациентки мог возникнуть по многим другим причинам: растерянность, злость на подругу и т.д., терапевт задает Салли вопросы, чтобы выявить автоматические мысли и эмоции, сопутствующие болезненной для нее ситуации.)

П: Вчера, когда я согласилась искать жилье во время ее отсутствия... А потом поняла, что даже не знаю, с чего начать.

Т: Как вы себя чувствовали?

П: Подавленной... Мне было очень тревожно.

Т: О чем вы думали?

П: Я в полной растерянности. Я даже не знаю, с чего начать.

Т: (*Стремится получить более полную картину; выясняет, не присутствуют ли у пациентки другие важные автоматические мысли.)* А о чем еще вы думали?

П: Я думала: "С чего мне начать? Я никогда не занималась ничем подобным. Может быть, обратиться к агенту но недвижимости? Или просто купить газету с объявлениями?"

Т: (*Продолжает выяснять наличие других важных мыслей*.) А что вы думали о своей подруге?

П: Ничего особенного... Она сказала, что поможет мне, когда вернется. И что я могу отложить поиски квартиры до ее возвращения.

Т: Вы делали какие-то предположения?

П: Не знаю...

Т: *(Приводит противоположный ожидаемому пример.)* Представляли ли вы, что легко найдете хорошее жилье по подходящей цене?

П: Нет... нет, я думала: "Что если я найду квартиру, а потом окажется, что она кишит тараканами? Или что район опасный? Или там очень шумно?"

Т: Вы представляли себе все это?

П: Да *(вздрагивает)*. Я представляла темную, грязную, вонючую каморку.

## Оценка терапевтом своих возможностей

Получив более полную картину существующей проблемы, терапевт мысленно оценивает свои возможности.

1. Привлечь Салли к непосредственному решению проблемы; помочь ей определить, какие шаги окажутся самыми разумными и выполнимыми.
2. На примере решения данной проблемы обучить Салли алгоритму решения сходных проблем в целом.
3. Использовать эту ситуацию для усиления когнитивной модели.
4. Использовать данную ситуацию как возможность для Салли осознать ее самую большую проблему, в частности уверенность в том, что она несостоятельна в новых ситуациях и испытывает отчаяние, вместо того чтобы проверить это свое убеждение.
5. Помочь Салли выявить самую неприятную мысль, чтобы оценить ее.
6. На примере этой ситуации обучить Салли применению бланка для работы с дисфункциональными мыслями (РДМ).
7. На примере образа, который описала пациентка, обучить ее техникам работы с неприятными, спонтанно возникающими представлениями (см. главу 13).
8. С согласия пациентки перейти к рассмотрению следующего пункта повестки дня (возможно, более актуальной проблемы) и вернуться к данному вопросу позже на этой сессии или даже на следующей.

## Учет практических аспектов

Прежде чем определять дальнейшее направление терапии, терапевт оценивает ряд практических факторов, включая следующие.

1. Что сможет принести Салли существенное облегчение?
2. Сколько осталось времени и что еще необходимо сделать на данной сессии?
3. Каким навыкам целесообразно обучить Салли на примере этой проблемы?
4. Что Салли может (если может) выполнить сама (в качестве домашнего задания) для улучшения своего состояния? Например, умеет ли она уже работать с бланком РДМ? Если умеет, то не лучше ли предложить ей работу с этой проблемой в качестве домашнего задания, а время терапевтической сессии посвятить решению других проблем, что ускорит прогресс лечения.

## Учет текущей стадии терапии

При принятии решения терапевт учитывает стадию терапии, на которой в данный момент находится пациент. Например, на первых сессиях терапевт не берется за очень сложные проблемы, особенно с депрессивными пациентами. В этом случае успех маловероятен. На ранних стадиях терапии, до того как пациент освоит хотя бы часть полезных навыков и техник, терапевт избегает обсуждения тем, которые могут затронуть болезненные глубинные убеждения пациента.

Первые сессии больше подходят для обсуждения и решения более *простых* проблем, поскольку именно на раннем этапе терапии терапевт в основном сосредоточен на помощи пациентам в оценивании их "простых" автоматических мыслей, а не укоренившихся, менее подверженных изменениям убеждений. Успех, достигнутый на первых сессиях, вдохновляет пациентов и внушает им надежду на успех терапии. Повышается их мотивация к дальнейшей работе.

## СМЕНА ТЕМЫ НА СЕССИИ

Иногда терапевту трудно оценить, насколько сложной окажется проблема и не активизирует ли дальнейшее обсуждение болезненное глубинное убеждение. В таких случаях терапевт может *сначала* обратиться к проблеме, но затем, осознав, что его вмешательство больше не приносит успеха и/или состояние пациента ухудшилось, перейти к другой теме. Приведем пример диалога на одной из ранних сессий.

Т: Итак, переходим к следующему пункту повестки дня. Вы говорили, что хотите больше общаться с людьми. *(Терапевт и пациентка подробно обсуждают эту цель.)* Как вы можете общаться на следующей неделе?

П: *(Неуверенной)* ...Я могу поговорить с коллегами.

Т: *(Отмечая подавленный вид пациентки.)* О чем вы сейчас думаете?

П: Это бесполезно. Я никогда не смогу сделать это. Я уже пробовала раньше. *(Злится.)* Все мои терапевты говорили то же самое. Но, говорю вам, я не могу сделать этого! Ничего не получится!

На основе внезапной негативной реакции пациента терапевт делает предположение, что активизировалось глубинное убеждение. Он осознает, что продолжать сейчас в том же духе опасно, можно прийти

к обратному результату. Поэтому терапевт отказывается от дальнейшего рассмотрения столь болезненной для пациента проблемы и решает восстановить терапевтический альянс. Для этого он выявляет, а затем проверяет автоматические мысли пациента о самом терапевте (например, "Когда я спросил вас, как вы можете общаться на следующей неделе, что вы подумали *обо мне?")*. Позднее терапевт делает попытку вернуться к обсуждению этого вопроса (например, "Я рад, что вы понимаете, что я не собирался заставлять вас делать то, к чему вы еще не готовы. Вы хотите вернуться к вопросу об общении с людьми или отложим его на потом (на другую сессию), а сейчас поговорим о трудностях с вашей подругой Элис?").

Подводя итог, на ранних стадиях терапии терапевт старается избегать о) суждения следующих проблем.

1. Проблема, которая очень сложна (когда достичь устойчивого улучшения за одну сессию маловероятно). Пример такой проблемы — давний супружеский конфликт.
2. Проблема, которая связана с очень мощным, укоренившимся убеждением (например, "Если я не смогу поладить с близкими, Бог меня покарает").
3. *Проблема, которая, весьма вероятно,* активизирует очень болезненное глубинное убеждение, для преодоления которого у пациента еще недостаточно навыков и умений ("Меня все бросят").
4. Проблема, разрешить которую пациент способен самостоятельно. Если терапевт сосредотачивается на проблемах этого типа, он неэффективно использует время терапии.
5. Проблема, работать над которой пациент не хочет.
6. Проблема, которая не вызывает у пациента значительного дистресса.

Сказанное не означает, что сложных проблем следует избегать всегда. Но к ним следует обращаться только после того, как состояние пациента хотя бы немного улучшится и он приобретет некоторые навыки для того, чтобы справиться с проблемой, а также сопутствующими ей дисфункциональными мыслями и убеждениями.

## ИЗМЕНЕНИЕ СТАНДАРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ КОНКРЕТНЫХ РАССТРОЙСТВ

Для терапевта важно еще до начала терапии иметь четкое понимание текущих симптомов пациента и его актуальных проблем, предшествующих событий и всей истории. Не менее важен диагноз по пяти осям согласно DSM-IV-TR [10]. Эта книга посвящена стандартной когнитивной терапии при депрессии с сопутствующей тревожностью. Далее приведены краткие описания модификаций терапии при других расстройствах. В случае если у пациента наблюдается не простое однополюсное депрессивное расстройство, мы советуем терапевту ознакомиться со специальной литературой (см. ниже).

1. *Паническое расстройство*. В терапии делается акцент на оценке и проверке катастрофических искаженных толкований пациента, предполагающего, что безобидный фактор (или незначительная их совокупность) служит признаком происходящей или надвигающейся катастрофы (Beck, 1987; Clark, 1989).

2. *Генерализованное тревожное расстройство.* В терапии делается акцент на обучении пациента более реалистичной оценке угрозы опасности в разных ситуациях, а также на оценке и укреплении способности пациента справиться с угрожающими ситуациями (Beck & Emery, 1985; Виг.1ег и др., 1991; Clark, 1989).

3. *Социальная фобия*. Терапия строится на основе когнитивной перестройки, обучения техникам снижения тревожности и вступления пациента в социальные контакты под руководством терапевта (Beck & Emery, 1985; Butler, 1989; Heimberg 1990)

4. *Обсессивно - компулъсивное расстройство.* Терапия основывается на проведении эксперимента и предупреждении стандартного для пациента эмоционального ответа. Терапевт подводит пациента к тому, чтобы опытным путем определить, что его проблема заключается в его мышлении, а не в действительных трудностях (которые пациент старается предотвратить путем нейтрализации поведения и попыток контроля своих мыслей). Помимо прочего, терапевт помогает пациенту оценить, какова была бы вероятность подобного ответа, если бы в неблагоприятных обстоятельствах оказался другой человек или сам пациент (Salvovskis & Kirk, 1989).

5. *Посттравматическое стрессовое расстройство.* Кроме обучения пациента техникам снижения тревожности и избавления от повторяющихся образов, ведущих к дистрессу, когнитивная терапия строится вокруг, явления и изменения значения, которое пациент придает травматическому событию (Dancu & Foa, 1992; Parrott & Howes, 1991).

6. *Расстройства приема пищи.* Терапия строится на изменении дисфункциональных убеждений о пище, массе тела и самом себе (особенно в отношении образа тела и собственной значимости) (Bowers, 1993; Fairburn & Cooper, 1989; Garner & Bemis, 1985).

7. *Расстройства вследствие у потребления психоактивных веществ* в терапии делается на выявлении и проверке мыслей об употреблении психоактивных веществ, изменении соответствующих убеждений, повышающих вероятность употребления этих веществ, обучении навыкам отказа от употребления психоактивных веществ и профилактики рецидива (Beck и др., 1993; Marlatt & Gordon, 1985).

8. *Расстройства личности.* Терапия строится на оптимизации жизнедеятельности пациента (путем расширения набора используемых пациентом копинг-стратегий), развитии и обучении в ходе терапевтических отношений, переосмыслении пациентом его жизненного опыта (развития и поддержания глубинных убеждений) и изменении глубинных убеждений путем как "рациональных", так и экспериментальных методов (Beck и др., 1990; Layden и др., 1993; Young, 1990).

9. *Шизофрения.* Как дополнительный метод наряду с фармакотерапией когнитивная терапия основана на альтернативных объяснениях раз личных психотических феноменов (Chardwick & Lowe, 1990; Kingdom &Turkington, 1994; Perris и др., 1993).

10. *Проблемы в отношениях с партнером.* Терапия строится вокруг принятия пациентом ответственности. За изменение своих дисфункциональных ожиданий, убеждений, интерпретаций в отношении партнера к поведения по отношению к нему (Baucom & Epstein, 1990; Beck, 1988; Dattilio & Padesky, 1990).

11. *Биполярное расстройство.* Как дополнительный метод лечения когнитивная терапия основана на раннем выявлении гипоманиакальных и депрессивных эпизодов; гармонизации характера сна, питания пациента и уровня его активности; уменьшении

уязвимости пациента и создании для пациента ситуаций-триггеров (Palmer, Williams, & Adams, 1994).

Это краткое описание представлено с целью побудить читателей искать дополнительные источники информации (формальное обучение или самообучение) по методам лечения более сложных расстройств, требующих изменения стандартной когнитивной терапии.

В заключение следует отметить следующее. Эффективное планирование лечения требует установления правильного диагноза, четкой формулировки терапевтического случая в когнитивных терминах, а также учета индивидуальных особенностей и потребностей пациента. Терапевт вырабатывает как общую стратегию лечения, так и конкретный план для каждой сессии, принимая во внимание следующее.

1. Диагноз(ы) пациента.
2. Концептуализацию трудностей пациента (которую терапевт проверяет вместе с пациентом).
3. Цели пациента в отношении терапии.
4. Самые значительные причины беспокойства пациента.
5. Цели терапевта в отношении терапии.
6. Стадию терапии.
7. Индивидуальную способность пациента к обучению.
8. Мотивацию пациента.
9. Природу и устойчивость терапевтического альянса.

На протяжении сессий терапевт развивает и постоянно корректирует как общий план лечения, так и более конкретный план перед началом и в ходе каждой сессии.

# ГЛАВА 17 ТРУДНОСТИ ТЕРАПИИ

Трудности того или иного рода возникают в процессе лечения практически каждого пациента. Даже опытные терапевты, в совершенстве освоившие и блестяще применяющие техники когнитивной терапии, время от времени сталкиваются с определенными сложностями в установлении терапевтического альянса, в правильной концептуализации проблем пациента, в последовательной работе над решением поставленных задач." Следовательно, разумной целью когнитивного терапевта будет не стремление избежать возникновения проблем во время терапии, а скорее, намерение выявлять их, концептуализировать причины их возникновения и планировать пути их разрешения.

Благодаря проблемам, возникающим в процессе терапии, или "тупиковым ситуациям", терапевт получает возможность уточнить концептуализацию данного пациента. К тому же проблемы, возникающие во время сессий, нередко помогают обнаружить сложности, с которыми пациент сталкивается между терапевтическими сессиями. Наконец, работа с трудностями терапии позволяет терапевту улучшить его собственные навыки, развить гибкость, творческий подход и проницательность. Имейте в виду, что причиной проблем могут быть не только особенности пациента, но и уязвимость самого терапевта.

В этой главе речь пойдет о диагностике "тупиковых ситуаций" когнитивной терапии, об их концептуализации и путях разрешения.

## ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ

Когнитивный терапевт может выявить проблемы следующими способами.

1. Выслушивание и анализ открытых высказываний пациента.
2. Прямой запрос обратной связи у пациента независимо от того, демонстрирует он вербальные или невербальные признаки наличия проблемы.
3. Просмотр/прослушивание и анализ аудио- или видеозаписей терапевтической сессии самостоятельно, с коллегой или супервизором.

4. Отслеживание успеха терапии путем проведения объективных тестов/исследований и на основе субъективной оценки пациентом своего состояния (облегчения симптомов).

Проще всего распознать возникшую в ходе терапии проблему, когда пациент заявляет о ней прямо, например: "Доктор, мне кажется, что вы меня совсем не понимаете" или *"Умом я* понимаю, о чем вы говорите, но в душе не могу с этим согласиться". Во многих случаях пациенты указывают на наличие проблемы косвенно: "Я понимаю, что вы предлагаете, но не уверена, что смогу это выполнить" или "Я попробую, но..." (пациент подразумевает, что попытка окажется безуспешной). В таких случаях терапевт продолжает задавать пациенту вопросы, чтобы выяснить, в чем заключается данная проблема и насколько она серьезна.

Во многих других случаях, когда пациенту не удается сообщить о наличии проблемы, пусть даже не прямо, а косвенно, терапевт придерживается следующей тактики.

• Соблюдает стандартную структуру каждой сессии (включая запрос у пациента обратной связи в конце сессии).

• Внимательно следит за тем, чтобы у пациента не возникло непонимания по ходу сессии.

• Анализирует выявленные автоматические мысли пациента, возникающие в те моменты, когда его настроение ухудшается.

Например, однажды терапевт Салли по невербальным сигналам (ее рассеянному взгляду, ерзанию на стуле) понял, что она не следит за ходом его мысли или не согласна с ним. У терапевта есть несколько возможностей проверить спою гипотезу.

• Как и в работе с каждым пациентом, он или сам часто подводит итог по ходу сессии, или просит об этом Салли. Он также предлагает пациентке оценить, насколько она верит в сформулированный итог части сессии: "Салли, мы только что поговорили о том, что на вас не лежит весь груз ответственности за несчастливую жизнь вашего отца, несмотря на то, что вы уехали из родительского дома. Насколько вы уверены в этом сейчас?"

• Терапевт проверяет понимание своей пациенткой, Салли, различных аспектов терапевтической сессии. Например: "Вам понятно, *почему еще* ваш отец мог гак поступать? ...Можете ли выразить это своими словами?"

• В конце каждой сессии терапевт стремится получить от пациентки обратную связь, например, так: "В чем вы со мной сегодня не согласны? ...Допустил ли я ошибки?" Рассудив, что Салли может избегать предоставления ему негативной обратной связи, терапевт также задает вполне конкретные вопросы относительно той *части* сессии, на протяжении которой, по предположению терапевта, у девушки могла возникнуть негативная реакция: "Помните, как я предложил вам держаться с отцом увереннее? Не вызвало ли это у вас беспокойства? ...Как вы думаете, *если бы* это предложение вызвало у вас протест или беспокойство, вы *смогли бы* сказать мне об этом?"

• Кроме того, терапевт может попытаться установить наличие проблемы на следующей сессии. (Например, терапевт Салли между сессиями прослушивал аудиозаписи, сделанные во время терапии. Тон голоса девушки в определенные моменты сессии насторожил его, и на следующей сессии он решил задать пациентке соответствующий вопрос: "Салли, позвольте спросить, как вы чувствовали себя, когда в прошлый раз я спросил вас об отношениях с отцом?" Поскольку Салли ответила на этот вопрос очень уклончиво, терапевт прямо выразил свое беспокойство: "Не смутила ли вас моя настойчивость? Или, быть может, вы почувствовали свою вину перед отцом?")

Итак, терапевт стремится выявить проблемы (или смягчить существующие) в ходе сессии, проверяя понимание пациентом ключевых моментов, запрашивая у него обратную связь, а также прямо обращаясь к потенциально "проблемным" вопросам непосредственно на сессии или на следующей встрече. Он также может предложить пациенту оценивать каждую сессию в письменном виде (см. главу 3, рис. 3.3) с возможностью анализа и оценки каждого отчета на последующей сессии.

Начинающему терапевту, однако, не всегда удается установить существование проблемы и/или точно определить, что это за проблема. Ему следует получить разрешение пациента на аудиозапись терапевтических сессий, чтобы анализировать их, желательно вместе с более опытным коллегой. Получить согласие пациента на аудиозапись сессий обычно несложно, если терапевт объясняет свою просьбу, подчеркивая преимущества для самого пациента: "Салли, обычно я записываю терапевтические сессии. Позже я могу прослушать их,

если думаю, что это поможет мне лучше спланировать терапию. Иногда я прослушиваю эти записи с коллегой [или супервизором], чтобы получить его совет или консультацию. Согласны ли вы, чтобы я делал аудиозаписи ваших сессий?"

Терапевт может также установить наличие проблемы, отслеживая успехи пациента. Этого можно достичь, предлагая пациенту на каждой сессии пройти объективные исследования, такие как Шкала депрессии Бека (см. приложение Г), или побуждая его в начале каждой сессии оценивать свое настроение по шкале от 0 до 10 (см. главу 3). Если состояние пациента не улучшается, терапевт предлагает включить этот вопрос в повестку дня следующей сессии и затем совместно с пациентом пытается выработать более эффективное направление дальнейшей терапии.

Наконец, терапевт постоянно пытается поставить себя на место пациента, чтобы оценить, как тот воспринимает его слова, и выявить препятствия, мешающие пациенту реалистичнее взглянуть на свои трудности. Например: "Будучи на месте Салли, как бы я чувствовал себя во время терапии? Что бы я подумал, если бы мой терапевт сказал_____________ или____________ ?"

## КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ ПРОБЛЕМ

Выявив существующие проблемы, терапевт определяет уровень их сложности.

1. Это всего лишь *техническая (формальная) проблема?* Она обусловлена неправильно выбранной или неверно примененной техникой?

2. Является ли эта проблема *комплексной (более сложной), касающейся сессии в целом?* Например, не оказалось ли терапевтическое вмешательство [в отношении правильно определенного дисфункционального компонента мышления] неэффективным?

3. Является ли эта проблема *еще более масштабной, общей для нескольких терапевтических сессий?* Например, удалось ли установить с пациентом прочный терапевтический альянс?

Обычно возникающие в процессе терапии проблемы можно отнести к одной из следующих категорий.

1. Диагноз, концептуализация случая и планирование лечения.
2. Установление терапевтического альянса.
3. Структура и/или ход (темп) сессии.
4. Социализация пациента.
5. Работа с автоматическими мыслями.
6. Достижение терапевтических целей во время сессии и в ходе терапевтического процесса в целом.
7. Понимание пациентом содержания терапевтической сессии.

Предлагаемые ниже вопросы помогут терапевту и супервизору определить природу терапевтической проблемы. Ответы на них позволят сформулировать более конкретные цели, выделить те из них, которым необходимо уделить первоочередное внимание, и сконцентрироваться на их достижении.

### Диагноз, концептуализация и планирование лечения

*Диагноз*

1. Есть ли у меня точный диагноз этого пациента по каждой из пяти осей согласно DSM-IV-TR?

2. Сохранена ли очередность первичных и вторичных диагнозов?

3. Не страдает ли пациент нераспознанным органическим расстройством?

4. Требуется ли пациенту медицинская консультация?

*Концептуализация*

1. Удалось ли мне сформулировать точную и логичную концептуализацию этого пациента?

2. Могу ли я выразить словами и в письменном виде (возможно, с применением диаграммы когнитивной концептуализации), каким образом акции пациента (автоматические мысли, эмоции, поведение, физиологические реакции организма) на текущие жизненные ситуации связаны с его жизненным опытом, убеждениями и привычными ему жизненными стратегиями?

3. Продолжаю ли я уточнять свою концептуализацию пациента по мере поступления новых сведений о нем?

4. Поделился ли я в подходящий момент своей концептуализацией с пациентом?

5. Если да, подтвердил ли ее пациент? Согласен ли он с тем, что она отражает истинное положение дел?

*Планирование лечения*

1. Ориентировал ли я вначале терапию на смягчение симптомов первичных расстройств по Оси 1?

2. Изменил ли я стандартную когнитивную терапию в соответствии с потребностями пациента, имеющего расстройства по Оси 1 (и/или поОси 2)?

3. Применил ли я свою концептуализацию для того, чтобы планировать и корректировать терапию для этого конкретного пациента?

4. Подчеркнул ли я необходимость масштабных жизненных перемен, если мне стало ясно, что достичь улучшения исключительно с помощью терапии не удастся или маловероятно (это может быть в случае, если пациент подвергается насилию, если условия его жизни непереносимы или он пребывает в опасности).

5. Обучил ли я пациента необходимым в повседневной жизни навыкам?

6. Привлек ли я к терапии, в случае необходимости, членов семьи пациента?

## Терапевтический альянс

*Сотрудничество*

1. Действительно ли мы с этим пациентом *сотрудничаем'?* Действуем ли мы как команда? Ощущает ли каждый из нас свою ответственность за успех терапии?

2. Принимаем ли мы терапевтические решения сообща? Удавалось ли нам успешно прийти к совместному решению по таким вопросам, как домашнее задание или распределение времени на обсуждение пунктовповестки дня? Затрагивали ли мы вопросы, имеющие первоочередное значение для пациента?

3. Уверен ли я, что пациент понимает суть происходящего в процессе терапии?

4. Согласовали ли мы с пациентом его и мои цели в отношении терапии?

5. Предоставляю ли я пациенту логическое обоснование моих вмешательств и домашнего задания?

*Обратная связь от пациента*

1. Регулярно ли я прошу пациента предоставить мне обратную связь во время терапевтической сессии?

2. Побуждаю ли я его выражать все сомнения и негативные реакции, с тем чтобы их проанализировать?

3. Отслеживаю ли я настроение пациента на протяжении сессий и пытаюсь ли определить его автоматические мысли, сопровождающие изменения настроения?

*Восприятие терапии пациентом*

1. Воспринимает ли пациент терапию и меня как терапевта позитивно?

2. Верит ли он, по крайней мере частично, в успех терапии?

3. Воспринимает ли он меня компетентным, готовым сотрудничать с ним и заботящимся о нем?

*Реакции терапевта*

1. Проявляю ли я заботу о пациенте? Чувствует ли он, что я о нем забочусь?

2. Уверен ли я в том, что могу помочь этому пациенту? Чувствует ли он мою уверенность?

3. Появлялись ли у меня негативные мысли об этом пациенте или о себе в связи с этим пациентом? Удавалось ли мне оценивать эти мысли и отвечать на них?

4. Воспринимаю ли я трудности, возникающие в ходе терапии, как возможность профессионального роста? Не вызывают ли они у меня чувства вины?

5. Помог ли я пациенту сформировать оптимистичный, но в то же время реалистичный взгляд на то, каким образом терапия может помочь ему?

## Структура и темп терапевтической сессии

*Повестка дня*

1. Наметили ли мы конкретную повестку дня?

2. Сделали ли мы это совместно, с участием каждого из нас?

3. Удалось ли нам быстро определить повестку дня?

4. Удавалось ли пациенту изложить темы, предложенные им для повестки дня, в нескольких словах, не вдаваясь в долгие пространные описания

5. Удавалось ли пациенту кратко определять темы повестки дня, не начиная тут же их обсуждения?

6. Определили ли мы приоритет тем повестки дня?

7. Оговорили ли мы совместно продолжительность обсуждения каждой темы?

8. Решили ли мы совместно, какой теме отдать предпочтение и обсудить ее первой?

*Темп терапевтической сессии*

1. Отслеживаю ли я, как мы используем время терапевтической сессии?

2. Выделили ли мы достаточно времени и осуществили ли стандартные элементы терапевтической сессии: оценку настроения, краткий обзор минувшей недели, определение повестки дня, анализ домашнего задания, обсуждение тем повестки дня, периодическое подведение итогов, обратную связь?

3. Когда при обсуждении определенной темы установленное время оказывалось исчерпанным, решали ли мы сообща, продолжать обсуждение или перейти к следующей теме?

4. Если по ходу терапии возникали неожиданные темы, не предусмотренные повесткой дня, решали ли мы совместно, как с ними поступить?

5. Не потратили ли мы слишком много времени на непродуктивные обсуждения?

6. Удавалось ли мне мягко прерывать пациента, направляя наше обсуждение в более продуктивное русло?

7. Оставляем ли мы достаточно времени в конце сессии на подведение итогов и запись пациентом новых выводов, чтобы я убедился в том, что пациент понял домашнее задание и согласен его выполнить; чтобы получить от него качественную и глубокую (а не поверхностную) обратную связь и ответить на нее?

8. Позаботился ли я о том, чтобы ослабить влияние на пациента его глубинных убеждений и снизить проявление его негативных эмоций, чтобы он не покинул сессию, по-прежнему испытывая дистресс?

## Социализация пациента

*Когнитивная модель*

1. Понимает ли пациент когнитивную модель и согласен ли с ней?

2. Понимает ли пациент, что искаженное мышление — это симптом его расстройства?

3. Согласен ли пациент с тем, что его мысли по поводу конкретной ситуации могут быть искажены?

4. Осознает ли пациент, что искаженное мышление оказывает негативное влияние на его настроение и поведение?

5. Верит ли пациент, что, научившись оценивать и изменять свое дисфункциональное мышление, он улучшит свое самочувствие и сделает поведение более адаптивным?

6. Верит ли пациент, что он способен измениться?

7. Желает ли пациент осуществить эти изменения?

*Ожидания пациента*

1. Каковы ожидания пациента в отношении его самого и меня (терапевта) в процессе терапии?

2. Верит ли пациент, что он способен справиться со своими проблемами?

3. Ожидает ли он, что я (терапевт) буду решать проблемы за него?

4. Считает ли пациент свои проблемы поддающимися разрешению?

5. Понимает ли пациент свою роль и ответственность в процессе терапии?

6. Понимает ли он, что ему необходимо принимать активное участие в терапии?

7. Готов ли пациент сотрудничать со мной в ходе терапии?

8. Понимает ли он, что ему придется освоить некоторые навыки и приобрести умения, а также научиться их использовать в повседневной жизни?

9. Не сопротивляется ли пациент разрешению текущих проблем из страха, что это вызовет другие трудности или обострит уже существующие (например, выбор карьеры, принятие решений в сфере взаимоотношений и т.д.)?

*Ориентация на решение проблем*

1. Способен ли пациент четко определить проблемы, над решением которых предстоит работать?

2. Активно ли мы работаем над решением проблем? Не проводим ли время в бесплодных дискуссиях?

3. Определил ли пациент конкретные цели? Реалистичны ли они?

4. Понимает ли пациент, какое отношение имеет работа на каждой сессии к достижению этих целей?

5. Не старается ли пациент изменить других людей, но не себя самого?

*Домашнее задание*

1. Добросовестно ли пациент выполняет домашнее задание?

2. Осознает ли он актуальность и/или необходимость выполнения отдельных домашних заданий?

3. Не выполняет ли пациент домашнее задание только из желания угодить терапевту?

4. Понимает ли пациент, как связано содержание домашнего задания с работой на сессии и его целями в отношении терапии?

5. Размышляет ли пациент между сессиями о терапевтической работе?

6. Затрагивает ли содержание домашнего задания вопросы, наиболее актуальные для пациента?

## Работа с автоматическими мыслями

*Выявление и отбор ключевых автоматических мыслей*

1. Удалось ли нам выявить конкретные слова и/или образы, которые возникают у пациента, когда он испытывает дистресс?

2. Распознали ли мы все значимые автоматические мысли?

3. Выбрали ли мы одну мысль, чтобы оценить ее?

4. Усугубляет ли выбранная нами мысль эмоциональный дистресс пациента?

5. Является ли выбранная нами мысль дисфункциональной или искаженной?

6. Поможет ли пациенту изменение данной мысли достичь его целей или разрешить проблему? Иными словами, действительно ли эта мысль значима?

*Ответ на автоматические мысли*

1. Удалось ли нам не просто выявить ключевую автоматическую мысль, но также проанализировать ее и сформулировать адаптивный ответ?

2. Избегаю ли я предположить *a priori*, что выбранная мысль искажена? Не склонен ли я прямо убеждать пациента в том, что его мышление не верное, вместо того чтобы анализировать мысли совместно с ним?

3. Использую ли я метод опроса?

4. Если ряд вопросов оказались неэффективными, пробую ли я другие?

5. Отказался ли я от роли убеждающего или обвиняющего?

6. Совместно сформулировав альтернативный ответ, не забываю ли я проверить, насколько пациент доверяет ему? Улучшилось ли его эмоциональное состояние?

7. Удается ли мне в случае необходимости применять другие техники чтобы снизить дистресс пациента? Если по ходу обсуждения мы выявляем другую автоматическую мысль, отмечаем ли мы ее для дальнейшей работы?

*Содействие когнитивным изменениям*

1. Записывает ли пациент свои новые, более функциональные идеи?

2. Выявили ли мы когнитивные искажения?

3. Определили ли мы, имел ли пациент схожие искажения в прошлом предположили ли, какие искажения могут возникнуть в

будущем?

## Достижение терапевтических целей во время сессии и в ходе терапевтического процесса в целом

*Выявление общих терапевтических целей и задач каждой сессии*

1. Помог ли я пациенту установить правильные цели в отношении терапии и данной сессии (если ему не удалось определить их самостоятельно. Принял ли он эти цели (то есть готов ли учиться применять бланк РДМвнести определенные изменения в свой образ жизни и использовать ряд других техник когнитивной терапии)?

2. Разбил ли я эти общие цели терапии на промежуточные, согласно той фазе терапии, в которой мы находимся?

3. Использую ли я эти цели, чтобы определять повестку дня?

4. Использую ли я темы повестки дня, предложенные пациентом, чтобы достичь своих целей, когда это возможно?

5. На данной сессии помог ли я пациенту выявить важную проблему, которой следует сосредоточиться?

6. Соответствует ли заявленная проблема индивидуальным особенностям пациента и стадии терапии, на которой он находится? Например, не связана ли она с укоренившимся глубинным убеждением (что делает невозможным улучшение состояния пациента на данной сессии)?

7. Выделили ли мы время как для решения проблем, так и для когнитивной реструктуризации?

8. Предполагает ли домашнее задание осуществление как когнитивных так и поведенческих изменений?

*Поддержание постоянного фокуса внимания*

1. Помогаю ли я пациенту выявить значимые для него убеждения?

2. Могу ли я определить, какие из убеждений пациента являются ключевыми, а какие - вторичными? Согласен ли с этим пациент?

3. Выявляю ли я постоянно взаимосвязь новых проблем и ключевых убеждений, или мы переходим от рассмотрения одной проблемы к другой или от одного дисфункционального убеждения к другому без осознанияих в контексте общей концептуализации?

4. Проводим ли мы на каждой сессии последовательную работу над глубинными убеждениями пациента, а не только осуществляем

кризисное вмешательство?

5. Во время обсуждения событий детства помогаю ли я пациенту перевести его интерпретации в убеждения?

6. Помогаю ли я пациенту понять, каким образом эти глубинные убеждения связаны с его текущими проблемами?

*Вмешательство*

1. Основан ли мой выбор терапевтического вмешательства на моих целях в отношении данной сессии и на повестке дня, предложенной пациентом?

2. Могу ли я четко сформулировать как дисфункциональное убеждение пациента, так и альтернативную идею, к которой я намерен подвести его?

3. Оцениваю ли я состояние пациента до и после вмешательства? Определяю ли, насколько он убежден в правдивости своих автоматических мыслей или убеждений (чтобы оценить эффективность проведенного вмешательства)?

4. Если вмешательство оказалось неэффективным, меняю ли я тактику и пробую ли иной подход?

5. Осознаю ли я, почему вмешательство оказалось относительно неэффективным? Было ли это обусловлено в большей степени выбором или применением техник либо глубиной искажений в мышлении пациента?

## Понимание пациентом содержания терапевтической сессии

*Внимательное отношение к пациенту*

1. Провожу ли я краткое подведение итогов (или побуждаю к этому пациента) несколько раз в течение каждой сессии?

2. Спрашиваю ли я пациента, понятно ли ему содержание сессии и/или прошу его выразить основные выводы своими словами?

3. Внимателен ли я к невербальным сигналам пациента, свидетельствующим о его замешательстве или несогласии со мной?

*Концептуализация проблем, касающихся понимания пациентом терапии*

1. Представил ли я пациенту свою гипотезу?

2. Если у него возникли трудности с пониманием того, что я пытался выразить, было ли это обусловлено допущенной мною ошибкой?

3. Вызваны ли трудности с пониманием уровнем сложности обсуждаемой темы, или недостаточной конкретностью моих высказываний, или моей лексикой, или объемом материала, который я подаю в течение одной сессии?

4. Обусловлены ли трудности с пониманием уровнем эмоционального дистресса пациента во время терапевтической сессии; его рассеянностью; его автоматическими мыслями, возникающими по ходу сессии?

*Обучение*

1. Что я сделал для того, чтобы убедиться, что пациент будет помнить ключевые моменты сессии в течение всей недели и даже после окончания курса терапии?

2. Побуждаю ли я пациента записывать ключевые моменты терапевтической сессии на бумаге или на аудиокассету?

## ТУПИКОВЫЕ СИТУАЦИИ

Иногда пациент достигает улучшения в ходе отдельных сессий, но "стоит на месте" в течение более длительного промежутка времени. В таком случае опытный терапевт вместо обдумывания ответов на приведенные выше вопросы подтверждает или исключает наличие пяти ключевых проблем. Убедившись, что диагноз и концептуализация верны, а лечение выбрано согласно расстройству пациента (и правильно применены техники), терапевт, самостоятельно или при помощи консультанта, оценивает следующее.

1. Существует ли у меня устойчивый *терапевтический* альянс с пациентом?

2. Имеем ли мы оба четкое представление о *целях пациента* относительно терапии?

3. Действительно ли пациент принял *когнитивную модель* - верит в то, что его мышление влияет на его настроение и поведение, что иногда оно бывает дисфункциональным и что оценка дисфункционального мышления и ответ на него может улучшить как самочувствие, так и поведение?

4. *Социализирован* ли пациент в когнитивной терапии - участвует ли он в определении повестки дня, в процессе решения проблем, предоставляет ли терапевту обратную связь?

5. Не препятствуют ли терапевтической работе какие-либо *биологические факторы* (например, заболевание, побочные эффекты принимаемых пациентом медикаментов, недостаточные дозы медикаментов и т.д.) или какие-либо внешние факторы (например, насилие со стороны партнера, крайне тяжелые условия работы и т.д.)?

## РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ, ВОЗНИКАЮЩИХ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ

В зависимости от характера выявленной проблемы терапевт может предпринять один или несколько шагов.

1. Провести более глубокое обследование пациента и уточнить его диагноз.

2. Направить пациента на медицинскую консультацию.

3. Оформить концептуализацию пациента в письменном виде и обсудить ее с пациентом.

4. Обратиться к литературе, чтобы больше узнать о лечении пациентов с расстройствами по Оси I (и по Оси 2).

5. Получить более подробную обратную связь от пациента относительно его восприятия процесса терапии и самого терапевта.

6. Пересмотреть вместе с пациентом его цели относительно терапии (и, возможно, проанализировать преимущества и недостатки их достижения).

7. Выявить свои собственные дисфункциональные автоматические мысли относительно пациента или собственных навыков как терапевта и сформулировать адаптивные ответы на них.

8. Проанализировать вместе с пациентом когнитивную модель и выявить сомнения или непонимание, которые могут присутствовать у пациента.

9. Проанализировать вместе с пациентом план лечения и выявить наличие сомнений или беспокойства, которые могут присутствовать у пациента.

10. Проанализировать ответственность пациента за исход терапии и выявить его отношение к ней.

11. Подчеркнуть значение домашнего задания - его определения и проверки во время сессий, а также выполнения домашнего задания между сессиями.

12. На протяжении всего курса когнитивной терапии последовательно работать над ключевыми автоматическими мыслями, убеждениями и поведением пациента.

13. Проверять понимание пациентом содержания сессии и побуждать его записывать ключевые моменты.

14. Основываясь на потребностях и предпочтениях пациента, изменить (в одном направлении или нескольких) теми или структуру сессий, объем или сложность подаваемого материала, степень эмпатии, выражаемой по отношению к пациенту, степень морализаторского или убеждающего поведения терапевта и/или степень концентрации на процессе решения проблем.

Формулируя концептуализацию случая и занимаясь решением проблем возникающих в процессе терапии, терапевт должен отслеживать свои собственные мысли и настроение, поскольку его когниции могут препятствовал успешному осуществлению терапевтического процесса. Вероятно, каждого терапевта, по крайней мере иногда, посещают негативные мысли о пациенте терапии и/или о себе как терапевте. Приведем пример типичных мыслей тера-певта, которые мешают изменению формата терапии.

"Если я перебью пациента, он подумает, что оказываю на него давление".

"Если буду структурировать сессию с помощью повестки дня, я упущу что-нибудь важное".

"Если буду записывать сессию на аудиокассету, я буду скованным".

"Если буду раздражать пациента, он откажется от терапии".

Наконец, у терапевта, который столкнулся с трудностями во время терапии, всегда есть выбор. Он может преувеличить эту проблему и/или обвинить в ее возникновении себя или пациента. С другой стороны, возникшие затруднения предоставляют терапевту возможность улучшить свои навыки концептуализации и планирования лечения, повысить свою компетентность в применении техник когнитивной терапии и способность варьировать терапию в соответствии с индивидуальными потребностями каждого пациента.

# ГЛАВА 18 ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ РОСТ КОГНИТИВНОГО ТЕРАПЕВТА

В этой главе мы кратко обозначим основные принципы личной практик когнитивного терапевта. Как подчеркивалось в главе 1, для того чтоб добиться успеха в применении техник когнитивной терапии, необходимо вначале освоить их на собственном примере (в приложении Г приведена информация по приобретению рабочих бланков, тестов и других материалов.) Применение техник когнитивной терапии в работе над собой поможет вам эффективнее использовать их в работе с пациентами, а также выявить особые трудности и препятствия (практического и психологического характера), которые осложняют применение этих техник. Если вы стремитесь к профессионализму в когнитивной терапии, то, как минимум, выполняйте следующее.

1. Отслеживайте свое настроение и выявляйте автоматические мысли, с сопутствующие дисфории.

2. Записывайте свои автоматические мысли. Пропустив этот шаг, вы лишите себя возможности обнаружить потенциальные препятствия, которыми могут столкнуться пациенты, получив от вас задание записывать *их* автоматические мысли. Этими помехами могут оказаться недостаток времени, сил, мотивации, надежды на успех, а также банальное отсутствие возможности. Определяя домашнее задание для пациента, вы должны каждый раз задавать себе вопрос: "Удалось бы *мне* выполнить такое домашнее задание? Требовалось бы мне усилить мотивацию? Имеет ли это домашнее задание смысл для меня? Какие могли бы возникнуть трудности? Понятно ли сформулировано задание? Требовалось бы мне, чтобы оно было объяснено подробнее?" Другими словам растете как когнитивный терапевт, если привносите в процесс терапии понимание себя самого и человеческой природы в целом.

3. Выявляйте свои автоматические мысли, которые затрудняют осуществление шага 2. Вам могут мешать такие мысли, как "Мне нет необходимости что-то записывать" или "Мне все и так понятно, достаточно будет

провести эту работу мысленно". Чтобы ответ на подобные мысли был адаптивным, надо признать их частичную справедливость, но подчеркнуть преимущества письменной работы с автоматическими мыслями: "Действительно, я мог бы обойтись без применения техник когнитивной терапии к себе, но я освою их гораздо *лучше*, если буду записывать. Если я освою техники когнитивной терапии на личном примере, я буду лучше понимать, с какими трудностями сталкиваются мои пациенты и почему эти сложности возникают. И вообще, разве это сложно? Это займет лишь несколько минут".

4. Научившись распознавать свои автоматические мысли и эмоции, начинайте работать с бланком для работы с дисфункциональными мыслями (РДМ). Обращайтесь к нему всякий раз, когда замечаете, что ваше настроение меняется. Однако имейте в виду, что если ваши мысли не искажены в значительной мере или если вы склонны мысленно давать на них адаптивный автоматический ответ, работа с бланком РДМ может не привести к существенному улучшению вашего настроения. Помните, что когнитивный терапевт стремится не к *избавлению* от негативных переживаний, а к снижению *дисфункциональных* уровней выраженности эмоций. Тем не менее, полезна или нет будет лично для вас работа с бланком РДМ, эта практика поможет вам усовершенствовать профессиональные навыки.

5. Заполните нижнюю часть диаграммы когнитивной концептуализации, использовав примеры трех типичных ситуаций, в которых вы испытываете дисфорию. Если вам сложно определить такие ситуации, выявить соответствующие им мысли или эмоции либо разобраться со значением для вас этих мыслей, перечитайте соответствующие главы этой книги.

6. Заполните верхнюю часть диаграммы когнитивной концептуализации. Подумайте, нет ли в ваших главных переживаниях общей темы, которая относится либо к категории неприятия вас окружающими, либо к категории беспомощности. Выявив свое глубинное убеждение, заполните остальные поля диаграммы когнитивной концептуализации.

7. Затем приступайте к заполнению бланка для работы с глубинными убеждениями (РГУ). Проанализируйте ваше понимание ситуации, чтобы определить, искажаете ли вы объективные доказательства, противоречащие негативному глубинному убеждению,

и/или игнорируете либо обесцениваете позитивные факты. Обратите внимание: если система ваших убеждений находится в равновесии, если ее образуют позитивные убеждения, которые неизменно активны, данное упражнение также не принесет ошеломляющих результатов. Однако в любом случае работа

с бланком РГУ поможет вам глубже понять этот метод и эффективнее применять его в работе с пациентами.

8. Попробуйте выполнить другие базовые техники когнитивной терапии: планирование и мониторинг активности, составление списка похвальных дел, работу со спонтанно возникающими представлениями и образами, действия "как если бы", применение рабочего бланка по решению проблем, составление и чтение копинг - карточек, функциональные само сравнения, а также оценивание преимуществ и недостатков различных вариантов в процессе принятия решения.

9. Освоив и применив к себе некоторые из фундаментальных когнитивных практических техник, для первого применения когнитивной терапии выберите пациента с несложным расстройством. (В сложных случаях стандартные методы лечения, представленные в этой книге, могут оказаться неподходящими (см. главу 16)). Идеальным пациентом для первого эксперимента в когнитивной терапии может быть человек, имеющий простую униполярную депрессию, генерализованное тревожное расстройство или расстройство адаптации, не относящееся к какому-либо диагнозу по Оси 2. Желательно начинать терапию с новым пациентом, а не с тем, который уже проходил лечение у терапевтов других направлений. В ходе лечения желательно настолько точно, насколько это возможно, придерживаться указаний, представленных в этой книге. Внимание: терапевты, имеющие опыт в другой области психотерапии часто склонны возвращаться к ранее приобретенным навыкам, что затрудняет проведение лечения в русле когнитивной терапии.

10. Получите согласие пациента на проведение аудио- или видеозаписи терапевтических сессий (и оформите его в письменном виде) Прослушивание аудиозаписей - самостоятельно, с коллегой или супервизором - необходимое условие совершенствования когнитивного терапевта.

11. Продолжайте процесс совершенствования, читая литературу когнитивной терапии (обратитесь к спискам литературы, представленным в приложениях Б и В). Не пренебрегайте чтением буклетов, статей и брошюр, предназначенных для пациентов, чтобы в каждом конкретном терапевтическом случае выбирать подходящий вариант для библиотерапии.

12. Используйте другие возможности для обучения и супервизии, доступные в вашем регионе. Вы также можете обратиться в Институт когнитивной терапии и исследований Бека (см. приложение Г).

13. Наконец, используйте возможность участия в конференциях Международной ассоциации когнитивной психотерапии, Европейской ассоциации когнитивной и поведенческой терапии (см. приложение Г) или в региональных конференциях по вопросам поведенческой и когнитивной терапии.

## Приложение А РАБОЧИЙ БЛАНК ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

ФИО терапевта *Дж. Бек* ФИО пациента *Салли Р.* Дата *10.02*

I. Общая информация

*Салли - 18 лет, студентка колледжа, живет в студенческом общежитии с одной соседкой в комнате.*

II. Диагнозы (DSM-IV)

Ось I: *Депрессия, единичный эпизод, средняя степень тяжести 296.22*

Ось II: *Расстройства личности - отсутствуют.*

Ось III: *Соматические заболевания, или особые состояния — отсутствуют.*

Ось IV: *Тяжесть психологических стрессоров: умеренная (начало учебы в отрыве от родного дома).*

Ось V: *Общая оценка функционирования: текущая - 60; в прошлом году - 85.*

III. Объективные данные

| | При первичном обследовании | Сессия № | Сессия № | Сессия № | Сессия № | Сессия № | Сессия № | Заключительная сессия |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ШДБ* | | | | | | | | |
| ШТБ* | | | | | | | | |
| ШББ* | | | | | | | | |
| Другое | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

* ШДБ - Шкала депрессии Бека; ШТБ - Шкала тревоги Бека; ШББ - Шкала безнадежности Бека.



**Общая информация:**

IV. Текущие проблемы и общее состояние.

*Жалуется на подавленное настроение, тревожность, трудности с концентрацией внимания, нежелание общаться с окружающими, сонливость, самокритичность. Посещает занятия, но с учебой и подготовкой домашних заданий справляется плохо. Избегает ссор с соседкой по комнате.*

V. Анамнез.

А. История (семейная, социальная, образовательная, медицинская, психиатрическая, профессиональная)

*Младшая из двоих детей в полной семье.*

*Всегда имела друзей.*

*Успеваемость в школе - между средней и хорошей; несколько тревожилась по поводу своей успеваемости.*

*Существенные нарушения здоровья - отсутствуют; психиатрические расстройства в прошлом - отсутствуют.*

*Успешная временная работа в прошлом году.*

Б. Отношения (с родителями, братьями и сестрами, сверстниками и другими значимыми людьми).

*Мать была (и есть) слишком критична по отношению к Салли; отец мягче, но он часто отсутствовал (работа, связанная с командировками).*

*Хорошие отношения с братом, несмотря на разницу в возрасте пять лет.*

*Боялась грубых учителей.*

В. Значимые события и травмы.

*Конфликты между родителями.*

*Грубый учитель во втором классе ("Я боялась его весь год").*

*Критика со стороны матери.*

*Самокритика из-за воображаемою несоответствия брату в достижениях.*

VI. Когнитивные данные

А. Когнитивная модель в приложении к данному пациенту

1. Типичные текущие трудности/проблемные ситуации

*Учеба и написание курсовых работ.*

*Активность на занятиях.*

*Экзамены и тесты.*

*Социальная отчужденность.*

*Неуверенность в общении с соседкой по комнате, с преподавателями.*

*Повышенная утомляемость.*

2. Типичные автоматические мысли, эмоции и поведение в проблемных ситуациях

*Я не справлюсь, я неудачница, у меня не получится => Грусть*

*Что если я не сдам экзамен, что если помощник преподавателя откажется помочь мне, меня отчислят из колледжа => Тревога*

*Я должна делать больше и лучше => Чувство вины*

Б. Глубинные убеждения

*Я ни на что не способна/никчемна.*

В. Условные убеждения

*Если я не выполню это на "отлично", меня постигнет неудача.*

*Если у меня будет плохая успеваемость, значит, я никчемна.*

*Если я попрошу о помощи, я покажу свою слабость.*

Г. Правила (долженствования в отношении себя/окружающих)

*Я должна упорно трудиться.*

*Я должна сделать все возможное.*

*Я должна достичь полного успеха.*

VII. Интеграция и концептуализация когнитивных данных и анамнеза

А. Восприятие Салли себя и окружающих

*Салли считает себя способной в некоторых аспектах, но ни на что не способной и никчемной - в других.*

*Она переоценивает способности и успешность других людей (своего брата, друзей) и недооценивает себя.*

Б. Взаимосвязь жизненных событий и когнитивной уязвимости

*Салли с детства считала себя ни на что не способной.*

*Ее мать своей критикой усиливала это убеждение. Кроме того, Салли постоя, сравнивала себя со старшим братом не в свою пользу, поскольку брат, который на пять лет старше, достигал больших успехов, чем Салли.*

*В. Компенсаторные и копинг - стратегии*

*Завышенные требования к себе.*

*Старается все выполнять на "отлично".*



*Повышенная чувствительность к своим неудачам.*

*Избегает обращаться за помощью.*

Г. Развитие текущего расстройства

*Депрессивное расстройство обусловлено первым длительным пребыванием вдали от дома и некоторыми сложностями в учебе.*

*Тревога, возможно, вызвана стремлением хорошо учиться.*

*Во всех неудачах Салли обвиняет себя и испытывает при этом дисфорию.*

*Она избегает общения с окружающими и участия в различных мероприятиях; недостаток позитивных впечатлений способствует ухудшению состояния.*

VIII. Показания к когнитивной терапии

А. Податливость когнитивным вмешательствам (оценить каждое качество как слабо, средне или сильно выраженное; в случае необходимости добавить комментарии)

1. Психологическая открытость - *высокая*
2. Объективность - *высокая*
3. Осознанность - *средняя/высокая*
4. Доверие когнитивной модели - *среднее/высокое*

5. Доступность автоматических мыслей и убеждений и их податливость изменениям - *средние*

6. Адаптивность - *высокая*

7. Чувство юмора - *слабо выраженное (при первичном обследовании)*

Б. Личностная организация: социабельность против автономии

*Более выражена автономия, чем социабельность.*

*Наделяет большим значением достижения; считает обращение за помощью признаком слабости.*

*Социабелъность выражена в средней степени; ценит дружбу; беспокоится о том, как выглядит в глазах окружающих.*

В. Мотивация, цели и ожидания пациента в отношении терапии

*Высокая мотивация; имеет лишь смутные представления о когнитивной терапии, но хорошо восприняла идею стать своим собственным терапевтом.*

*Цели:*

*Улучшить успеваемость.*

*Меньше волноваться перед экзаменами.*

*Больше общаться.*

*Участвовать в мероприятиях и/или найти работу на неполный рабочий день.*

Г. Цели терапевта

*Снизить самокритику пациентки.*

*Обучить ее базовым когнитивным навыкам.*

*Снизить повышенную утомляемость (избыточную потребность отдыхе и сне).*

*Разрешить проблемы, касающиеся учебы, написания курсовых работ подготовки к экзаменам.*

Д. Ожидаемые трудности и модификация стандартной когнитивной терапии

*Отсутствуют.*

## Приложение Б РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ ТЕРАПЕВТОВ

## КНИГИ, ОТДЕЛЬНЫЕ ГЛАВЫ И ЖУРНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ


1. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.
2. Beck, A. T. (1988). *Love is newer enough.* New York: Harper &: Row.
3. Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist, 46,* 368-375.
4. Beck, A. T., & Emery, G. (with Greenberg, R. L). (1983). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective.* New York: Basic Books.
5. Beck, A, T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders.* New York: Guilford Press.
6. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B..R, & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.
7. Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse.* New York: Guilford Press.
8. Clark, D. M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (схр. 52-96). Oxford: Oxford University Press.
9. Dattilio, F. M., & Padesky, C. A. (1990). *Cognitive therapy with couples.* Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
10. Edwards, D. J. A. (1989). Cognitive restructuring through guided imagery Lessons from Gestalt therapy. In A. Freeman, K. M. Simon, L. E. Beutler & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (стр. 283-298) New York: Plenum Press.
11. Epstein, N., Schlesinger, S. E., & Dryden, W. (1988). *Cognitive-behavioral therapy with families.* New York: Brunner/Mazel.
12. Fennell, M. J. V. (1989). Depression. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (169-234). Oxford: Oxford University Press.

13. Freeman, A. (Ed.)- (1983). *Cognitive therapy with couples and groups*. New York Plenum Press.

14. Freeman, A., & Dattilio, F. M. (Eds.). (1992). *Comprehensive casebook of cognitive therapy.* New York: Plenum Press.

15. Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K. M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy.* New York: Plenum Press.

16. Freeman, A., Simon, K. M., Beutler, L. E., & Arkowitz, H. (Eds.). (1989) *Comprehensive handbook of cognitive therapy.* New York: Plenum Press.

17. Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1985). Cognitive therapy for anorexia nervosa In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexic nervosa and bulimia* (стр. 107-146). New York: Guilford Press.

18. Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (Eds.). (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide.* Oxford: Oxford: University Press.

19. Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1993). Cognitive and cognitive-behavioral therapies In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior, change: An empirical analysis* (4-е изд., стр. 428-466). New York: Wiley.

20. Kuehlwein, K. T., & Rosen, H. (Eds.). (1993). *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice.* San Francisco: Jossey-Bass.

21. Layden, M. A., Newman, C. F., Freeman, A., & Morse, S. B. (1993). *Cognitive therapy of borderline personality disorder.* Needham Heights, MA: Allyn & Bacon

22. McMullin, R, E. (1986). *Handbook of cognitive therapy techniques.* New York W.W.Norton.

23. Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach.* New York: W.W.Norton.

24. Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V., & Shaw, B. F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research,*509-526.

25. Scott, J., Williams, J. M. G., & Beck, A. T. (Eds.). (1989). *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook.* New York: Routledge.

26. Wright, J. H., & Beck, A. T. (В прессе). Cognitive therapy. In R. E. Hales, J. A. Talbott, & S. C. Yudofsky (Eds.), *The American Psychiatric*

*Press textbook of psychiatry* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

27. Wright, J., Those, M., Beck, A. T., & Ludgate, J. (Eds.). (1993). *Cognitive therapy with inpatients*. New York: Guilford Press.

28. Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach.* Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

## ЖУРНАЛЫ

*Cognitive and Behavioral Practice.* Выпускается *Association for Advancement of Behavior Therapy.*

*Cognitive Therapy and Research.* Выпускается *Plenum Press,* New York.

*Journal of Cognitive Psychotherapy, an International Quarterly.* Выпускается *Springer,* New York; также доступен в *IACP* (см. Приложение Г).

*The Behavior* Therapist. Выпускается *Association for Advancement of Beharnor Therapy,* New York.

## ГАЗЕТЫ

*International Association for Cognitive Psychotherapy Newsletter*. Доступен в *IACP* (см. Приложение Г).

## Приложение В РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ (И ТЕРАПЕВТОВ)


1. Beck, A. T. (1988). *Love is never enough*. New York; Harper & Row.
2. Beck, A. T., & Greenberg, R. L. (1995). *Coping with depression* (rev. ed.). Bala Cynwyd, PA; Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
3. Beck, A. T., & Emery, G. (1995). *Coping with anxiety and panic* (rev. ed.). Bala Cynwyd, PA; Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
4. Bricker, D. C, & Young, J. E. (1991). *A client's guide to schema-focused cognitive therapy.* New York; Cognitive Therapy Center of New York.
5. Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy.* New York; New American Library.
6. Burns, D. D. (1989). *The feeling good handbook: Using the new mood therapy in everyday life.* New York: William Morrow.
7. Greenberg, R. L., & Beck, A. T. (1995). *Panic attacks: How to cope, how to recover* (rev. ed.). Bala Cynwyd, PA; Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
8. Greenberger, D., & Padesky, C. (1995). *Mind over mood: A cognitive therapy treatment manual for clients*. New York; Guilford Press.
9. McKay, M., & Fanning, P. (1991). *Prisoners of belief'*. Oakland, CA; New Harbinger.
10. McKay, M., & Fanning, P. (1987). *Self-esteem.* Oakland, CA; New Harbinger.
11. Morse, S. B., Morse, M., & Nackoul, K. (1992). *Cognitive principles and technique: A video series and workbooks.* Albuquerque, NM; Creative Cognitive Then Productions.
12. *Young J.E., & Klosko J. (1994). Reinventing life: How to break free of negative life patterns.* New York; Dutton.

# Приложение Г ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ КОГНИТИВНЫХ ТЕРАПЕВТОВ

## ТРЕНИНГОВЫЕ ПРОГРАММЫ

Институт когнитивной терапии и исследований А. Бека, расположенный в пригороде Филадельфии, предлагает очные и заочные тренинговые программы.

Beck Institute for Cognitive Therapy and Research
GSB Building, Suite 700
City Line and Belmont Avenues
Bala Cynwyd, PA 19004-1610
USA
Phone: 610/664-3020 Fax: 610/664-4437

## МАТЕРИАЛЫ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЕ ДЛЯ ТЕРАПЕВТОВ И ПАЦИЕНТОВ

В Институте когнитивной терапии и исследований А. Бека можно заказать следующие материалы.

- Буклеты для пациентов.
- Наборы рабочих бланков для когнитивной терапии.
- Книги Аарона Т. Бека, д-ра медицины, а также обучающие аудио- и видеокассеты.
- Учебный каталог Института Аарона Т. Бека.
- Каталог образовательных программ Института Бека.
- Информация об интерактивной Компьютерной программе когнитивной терапии для пациентов, разработанной Джесс Райт, д-ром медицины, и Аароном Т. Беком, д-ром медицины.

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Перечисленные ниже материалы можно заказать по адресу: The Psychologycal Corporation, 555 Academic Court Antonio, TX, 78204 – 9990,

1-800-228-07-52.

- Шкала депрессии Бека.

• Шкала тревоги Бека.
• Шкала безнадежности Бека.
• Шкала суицидальных мыслей Бека.

Материалы для диагностики детей находятся в стадии разработки. В будущем они будут доступны по тому же адресу.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ КОГНИТИВНЫХ ТЕРАПЕВТОВ

• International Association for Cognitive Psychotherapy
Beck Institute for Cognitive Therapy
GSB Building, Suite 700
City Line and Belmont Avenues
Bala Cynwyd, PA 19004-1610
USA
Phone: 610/664-3020 Fax: 610/664-4437

• Association for Advancement of Behavior Therapy
305 Seventh Avenue
New York, NY 10001-6008
USA
Phone: 212/279-7970

• European Association of Behavior and Cognitive Therapy
Rod Holland
Northwick Park Hospital & Clinical Research Centre
Watford Road, Harrow
Middlesex HA13VJ
United Kingdom

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Agras, W. S., Rossiter, E. M., Arnow, B., Schneider, J. A., Telch, C. F., Raeburn, S. D., Bruce, B., Perl, M., & Koran, L. M. (1992). Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison. *American Journal of Psychiatry, 149,* 82-87.

2. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC; Author.

3. Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (1992). Cognitive therapy and psychotherapy integration. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of 'psychotherapy: A century of change* (pp. 657-694). Washington, DC. American Psychological Association.

4. Barlow, D., Craske, M.., Cerney J. A., & Klosko J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy, 20,* 261-268.

5. Baucom, D., & Epstein, N. (1990). *Cognitive-behavioral marital therapy.* New York; Brunner/Mazel.

6. Baucom, D., Sayers, S., & Scher, T. (1990). Supplementary behavioral marital therapy with cognitive restructuring and emotional expressiveness training: An outcome investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,*636-645.

7. Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry, 10,*561-571.

8. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York; International Universities Press.

9. Beck, A. T. (1987). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In S. Rachman, & J. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 91-109). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

10. Beck, A. T. (1988). *Love is never enough.* New York; Harper & Row.

11. Beck, A. T. (in press). Cognitive aspects of personality disorders and their relatioi to syndromal disorders: A psychoevolutionary approach. In C. R. Cloninge (Ed.), *Personality and psychopathology.* Washington, DC; American Psychiatri Press.

12. Beck, A. T., & Emery, G. (with Greenberg, R. L.). (1985). *Anxiety disorders an phobias: A cognitive perspective.* New York; Basic Books.

13. Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive Therapy of personality disorders.* New York; Guilford Press.

14. Beck, A. T., & Greenberg, R. L. (1974). *Coping with depression.* Bala Cynwyd, *PA;* Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.

15. Beck, A. T., & Steer, R, A. (1987). *Manual for the revised Beck depression Inventon* San Antonio, TX; The Psychological Corporation.

16. Beck, A. T, Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York; Guilford Press.

17. Beck, A. T., Sokol, L., Clark, D. A., Berchick, R. J., & Wright, F. D. (1992). A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 149(6),* 778-783.

18. Beck, A. T, Wright, F. W., Newman, C. F., & Liese, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse.* New York; Guilford Press.

19. Bedrosian, R. C, & Bozicas, G. D. (1994). *Treating family of origin problems: A cognitive approach.* New York; Guilford Press.

20. Benson, H. (1975). *The relaxation response.* New York; Avon.

21. Beutler, L. E., Scogin, F., Kirkish, P., Schretlen, D., Corbishley, A., Hamblii D., Meredity, K., Potter, R., Bamford, C. R., & Levenson, A. I. (1987). Group cognitive therapy and alprazalam in the treatment of depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 550-556.

22. Bowers, W. A. (1990). Treatment of depressed in- patients: Cognitive therap plus medication, relaxation plus medication, and medication alone. *Journal of Psychiatry, 156,73-78.*

23. Bowers, W. A. (1993). Cognitive therapy for eating disorders. In J. Wngh M. Thase, A. T. Beck, & J. Ludgate (Eds.), *Cognitive therapy with inpatu* (pp. 337-356). New York; Guilford Press.

24. Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy.* New York; Signet.

25. Burns, D. D. (1989). *The feeling good handbook: Using the new mood therapy everyday life.* New York; Morrow.

26. Butler, G. (1989). Phobic disorders. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirfc D. M. Clark (Eds.), *Cognitive-behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 97-128). New York; Oxford University Press.

27. Butler, G., Fennell, M., Robson, D., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive-behavior therapy in the

treatment of generalized anxiety disorder *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*,167-175.

28. Casey, D. A., & Grant, R. W. (1993). Cognitive therapy with depressed elderly inpatients. In J. Wright, M. Thase, A. T. Beck, & J. Ludgate (Eds.), *Cognitive therapy with inpatients* (pp. 295-314). New York; Guilford Press.

29. Chadwick, P. D. J., & Lowe, C. F. (1990). Measurement and modification of delusional beliefs./owma/ *of Consulting and Clinical Psychology, 58*,225-232.

30. Clark, D. M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive-behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52-96). New York; Oxford University Press. Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., & Gelder, M. (1992). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation, and imipramine in the treatment of panic disorder. *Britishjoumal of Psychiatry, 164*, 759-769.

31. Dancu, C. V., & Foa, E. B. (1992) Posttraumatic stress disorder. In A. Freeman & F. M. Dattilio (Eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (79-88). New York; Plenum Press.

32. Dattilio, F. M., & Padesky, C. A. (1990). Cognitive therapy with couples. Sarasota, FL; Professional Resource Exchange.

33. Davis, M., Eshelman, E. R., & McKay, M. (1988). *The relaxation and stress reduction workbook.* Oakland, CA; New Harbinger.

34. Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, * 14-419.

35. Edwards, D. J. A. (1989). Cognitive restructuring through general guided imagery: Lessons from Gestalt therapy. In A. Freeman, K. M. Simon, L. E. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy (pp.* 283-297). New York; Plenum Press.

36. Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* New York; Lyle Stuart.

37. Epstein, N., Schlesinger, S. E., & Dryden, W. (1988). *Cognitive-behavioral therapy with families.* New York; Btimner/Mazel.

38. Evans, J. M. G., Hollun, S. D., DeRubeis, R.J., Piasecki, J. M., Grove, W, M., Garvey, M J., & Tuason, V. B. (1992). Differential relapse

following cognitive therapy and pharmacology for depression. *Archives of General Psychiatry, 49,*802-808.

39. Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. (1989). Eating disorders. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, *& D.* M. Clark (Eds.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 277-314). New York; Oxford University Press.

40. Fairburn, C. G.Jones, R., Peveler, R. C, Hope, R. A., & Doll, H. A. (1991). psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives Oj General Psychiatry, 48,*463-469.

41. Freeman, A., & Dattilio, F. M. (Eds.). (1992). *Comprehensive casebook of cognitiu,therapy.* New York; Plenum Press. Freeman, A., PretzerJ., Fleming, B., & Simon, K. M. (1990). *Clinical applications Oj cognitive therapy.* New York; Plenum Press.

42. Freeman, A., Schrodt, G., Gilson, M., & Ludgate, J. (1993). Group cognitive therapy with inpatients. In J. Wright, M. Thase, A. T. Beck, & J. Ludgate (Eds.) *Cognitive therapy with inpatients* (pp. 121-153). New York; Guilford Press.

43. Freeman, A., Simon, K. M., Beutler, L. E., *&* Arkowitz, M. (Eds.). (1989) *Comprehensive handbook of cognitive therapy.* New York; Plenum Press,

44. Fremouw, W. J., dePerczel, N., & Ellis, T. E. (1990). *Suicide risk: Assessment and res ponse.* New York; Pergamon Press.

45. Garner, D, M., & Bemis, K. M. (1985). Cognitive therapy for anorexia nervosa In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexit nervosa and bulimia* (pp. 107-146). New York; Guilford Press.

46. Garner, D. M., Rockert, W., Davis, R., Garner, M. V., Olmstead, M. P., & Eagle M. (1993). Comparison of cognitive-behavioral and supSortive-expressivi therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 150,*37-46.

47. Gelernter, C. S.. Uhde, T. W., Cimbolic, P., Arnkoff, D. B., Vittone, B. J., Tancei M. E., & Bartko, J. J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia; A controlled study. *Archieves of General Psychiatry, 4f.* 938-945.

48. Goldstein, A., & Stainback, B. (1987). *Overcoming agoraphobia: Conquering fear of th outside world.* New York; Viking Penguin.

Greenberger, D., & Padesky, C. (1995). *Mind over mood: A cognitive therapy treatment manual for clients.* New York; Guilford Press.

49. Goldstein, A., & Stainback, B. (1987). *Overcoming agoraphobia: Conquering fear of th outside world.* New York; Viking Penguin.

50. Guidano, V. R, & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders: A ctural approach to psychotherapy.* New York; Guilford Press.

51. Heimberg, R. G. (1990). Cognitive behavior therapy (for social phobia). In A. S. Bellack, & M. Hersen (Eds.), *Comparative handbook of treatments for adult dison* (pp. 203-218). New York; Wiley.

52. Heimberg. R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R.. Zollo, L. J., & Beck. R. E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Con: rison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research, 14,* 1-23.

53. Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1993). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (4th ed., pp. 428-466). New York; Wiley.

54. Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., & Seligman, M. E. P. (1992). Cognitive therapy and the prevention of depression. *Applied and Preventive Psychiatry, 1,*89-95.

55. Jacobson, E. (1974). *Progressive relaxation.* Chicago: University of Chicago Press, Midway Reprint.

56. Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia.* New York; Guilford Press.

57. Knell, S. M. (1993). *Cognitive-behavioral play therapy.* Northvale, NJ; Jason Aronson.

58. Layden, M. A., Newman, C. R, Freeman, A., & Morse, S. B. (1993). *Cognitive therapy of borderline personality disorder.* Needham Heights, MA; Allyn & Bacon.

59. Lazarus, A. (1976). *Multimodal behavior therapy.* New York; Springer.

60. Mahoney, M. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy.* New York; Basic Books.

61. Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of additive behaviors.* New York; Guilford Press.

62. McKay, M., & Fanning, P. (1991). *Prisoners of belief.* Oakland, CA; New Harbinger.

63. McMullin, R. E. (1986). *Handbook of cognitive therapy techniques.* New York; W. W. Norton.

64. Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach.* New York; Plenum Press.

65. Miller, I. W., Norman, W. H., Keitner, G. I., Bishop, S. B., & Dow, M. G. (1989). Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients. *Behavior Therapy, 20,* 25-47.

66. Miller, P. (1991). The application of cognitive therapy to chronic pain. In T. M. Vallis, J. L Howes, & P. C. Miller (Eds.), *The challenge of cognitive therapy: Application to nontraditional populations* (pp. 159-182). New York; Plenum Press.

67. Morse, S. B., Morse, M., & Nackoul, K. (1992). *Cognitive principles and techniques: A video series and workbooks.* Albuquerque, NM; Creative Cognitive Therapy Production.

68. Niemeyer, R. A., & Feixas, G. (1990). The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy, 21 (3),* 281-292.

69. Overholser, J. C. (1993a). Elements of the Socratic method: I. Systematic questioning. *Psychotherapy, 30,* 67-74.

70. Overholser, J. C. (1993b). Elements of the Socratic method: II. Inductive reasoning. *Psychotherapy,* 30,75-85.

71. Palmer, A. G., Williams, H., & Adams, M. (1994). *Cognitive behavioral therapy in 0 group for bipolar patients.*

72. Parrott, C. A., & Howes, J. L. (1991). The application of cognitive therapy to post-traumatic stress disorder. In T. M. Vallis, J. L. Howes, & P. C. Miller (Eds) *The challenge of cognitive therapy: Applications to nontraditional populations* (pp. 85-109). New York; Plenum Press.

73. Perris, C, Ingelson, U., & Johnson, D. (1993). Cognitive therapy as a general framework in the treatment of psychotic patients. In K. T. Kuehlwein & H. Rosen (Eds.), *Cognitive therapy in action: Evolving innovative practice* (pp. 379-402). San Francisco; Jossey-Bass.

74. Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice.* New York; W. W. Norton.

75. Persons, J. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private

practice setting. *Cognitive Therapy and Research, 12,* 557-575.

76. Rosen, H. (1988). The constructivist-development paradigm. In R. A. Dorfman (Ed.), *Paradigms of clinical social work* (pp. 317-355). New York; Branner/Mazel.

77. Rush, A J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. D. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research, 2(1),* 17-37.

78. Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V, & Shaw, B. F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research, 10,* 509-526.

79. Salkovskis, P. M., & Kirk, J. (1989). Obsessional disorders. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive-behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 129-168). New York; Oxford University Press.

80. Scott, J., Williams, J. M. G., & Beck, A. T. (Eds.). (1989). *Cognitive therapy indinical practice: An illustrative casebook.* New York; Routledge.

81. Thase, M. E., Bowler, K., & Harden, T. (1991). Cognitive behavior therapy of endogenous depression: Part 2. Preliminary findings in 16 unmedicated inpa tients. *Behavior Therapy, 22,*469-477.

82. Thompson, L. W., Davies, R., Gallagher, D., & Krantz, S. E. (1986). Cognitive therapy with older adults. In T. L. Bring (Ed.), *Clinical gerontology: A guide t assessment and intervention* (pp. 245-279). New York; Haworth Press.

83. Turk, D. C. Meichenbaum, D., & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective.* New York; Guilford Press.

84. Warwick, H. M. C, & Salkovskis, P. M. (1989). Hypochondriasis. InJ. Scott, M.G. Williams, & A. T. Beck (Eds.), *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook* (pp. 50-77). London; Routledge.

85. Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. Доклад представлен на ежегодной конференции Американской ассоциации исследований в образовании. Торонто. Канада.*

86. Woody, G. E., Luborsky, L., McClellan, A. T., O'Brien, C. P., Beck, A. T., Elaine, J., Herman, I., & Hole, A. (1983). Psychotherapy for

opiate addicts: Does it help? *Archives of General Psychiatry, 40,* 1081-1086.

87. Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach.* Sarasota, FL; Professional Resources Exchange.

88. Young, J. E., & Klosko, J. (1994). *Reinventing your life: How to break free of negative life patterns.* New York; Dutton Press.

# ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

*Научно-популярное издание*

**Джудит С. Бек**

**Когнитивная терапия**

**Полное руководство**

Литературный редактор *Л.В. Селезнева*

Верстка *М.А. Смолина*

Художественный редактор *С. А. Чернокозинский*

Корректоры *Д.А. Гордиенко,*

*А.В. Луценко,*

*О.В. Мишутина,*

*Л.В. Чернокозинская*

Издательский дом "Вильямс"

127055, г. Москва, ул. Лесная, д. 43, стр. 1

Подписано в печать 17.07.2006. Формат 70x100/16.

Гарнитура Petersburg. Печать офсетная.

Усл. печ. л. 32,35. Уч.-изд. л, 18,96.

Тираж 2000 экз. Заказ № 3205.

Отпечатано по технологии CtP

в ОАО "Печатный двор" им. А. М. Горького

197110, Санкт-Петербург, Чкаловский пр., 15.

# Примечания

**1**

DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, 2000) - американское Руководство но классификации психических болезней, последняя версия которого была разработана в 2000 г. DSM-IV-TR является многоосевой систематикой. Первая ось учитывает все клинические расстройства, за исключением нарушений личности и умственной отсталости. Вторая ось включает личностные расстройства и умственную отсталость. Она же может использоваться и для регистрации отчетливых дезадаптирующих черт личности, наличие которых, однако, не достигает порогового диагностического значения. Третья ось описывает общее соматическое состояние. Различные психосоциальные и средовые проблемы (семейные, образовательные, жилищные, экономические, юридические и др.) составляют четвертую ось. В соответствии с пятой осью дается общая оценка функционирования, которая варьируется от успешного преодоления трудностей до неспособности соблюдения элементарной личной гигиены и совершения суицидальных попыток с явной вероятностью их смертельного исхода. - *Примеч. ред.*

**2**

Бустерная сессия - поддерживающая сессия. Термин образован от английского слова "boost" - поддерживать. - *Примеч. ред.*

**3**

Сократический диалог - искусство находить истину путем установления противоречий в суждениях собеседника. - *Примеч. ред.*

**4**

Библиотерапия - это использование специально подобранных информационных материалов в качестве вспомогательного лечебного средства в медицине и психотерапии. Библиотерапию можно условно разделить на два вида: нецеленаправленная - служащая для того, чтобы поднять настроение, отвлечь пациента от навязчивых мыслей о болезни, и целенаправленная - способствующая воспитанию силы воли, оптимизма, утверждению веры в себя, - *Примеч. ред.*

**5**

Социализация, или введение в роль, заключается в информировании пациента и обучении тому, чего ему следует ожидать от терапии, особенно в отношении ролей терапевта и пациента. Введение в роль необходимо, поскольку многие пациенты мало или вообще не осведомлены о том, как осуществляется когнитивная терапии. Исследования показали, что если пациент знает, чего ждать от терапии и как себя вести, эти идет ему на пользу. - Примеч. ред.

**6**

Для получения более подробной информации о психотерапевтических метафорах см., пример, книгу: Миллс Дж., Кроули Р. Терапевтические метафоры для детей и "внутреннего ребенка". - М.: Независимая фирма "Класс", 2005 г. - Примеч. ред.

**7**

Название методики образовано от английского слова "соре" - справиться; выдержать. совладать. Копинг-карточки - карточки, помогающие совладать с трудными ситуациями. Копинг- стратегии - стратегии, помогающие совладать с трудными ситуациями. - *Примеч. ред.*

**8**

Ср. также с методом систематической десенсибилизации, разработанным Дж. Вольпе. – *Примеч. ред.*

**9**

Библиотерапия - это использование специально подобранных информационных материалов в качестве вспомогательного лечебного средства в медицине и психотерапии. Библиотерапию можно условно разделить на два вида: нецеленаправленная - служащая для того, чтобы поднять настроение, отвлечь пациента от навязчивых мыслей о болезни, и целенаправленная - способствующая воспитанию силы воли, оптимизма, утверждению веры в себя, - *Примеч. ред.*

**10**

DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, 2000) - американское Руководство но классификации психических болезней, последняя версия которого была разработана в 2000 г. DSM-IV-TR является многоосевой систематикой. Первая ось учитывает все клинические расстройства, за исключением нарушений личности и умственной отсталости. Вторая ось включает личностные расстройства и умственную отсталость. Она же может использоваться и для регистрации отчетливых дезадаптирующих черт личности, наличие которых, однако, не достигает порогового диагностического значения. Третья ось описывает общее соматическое состояние. Различные психосоциальные и средовые проблемы (семейные, образовательные, жилищные, экономические, юридические и др.) составляют четвертую ось. В соответствии с пятой осью дается общая оценка функционирования, которая варьируется от успешного преодоления трудностей до неспособности соблюдения элементарной личной гигиены и совершения суицидальных попыток с явной вероятностью их смертельного исхода. - *Примеч. ред.*